

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10cm



Walter Channing, mares de votre compagnie
à passer mes fêtes
Je vous embrasse un million
Affect

Ms 5616-2

85

Présentation de la face.

Définition :

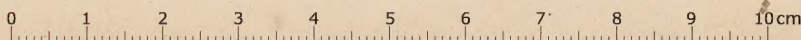
Fréquence : $\frac{1}{280}$

2 variétés : primitive, secondaire

Maternité le 12 juillet 1896

Cours de Monsieur le
Professeur Budin

Anna Sherbiery
← élève Waga femme



19 juillet 1896)

H. - Thieriot

Asepsie - Antiseptie

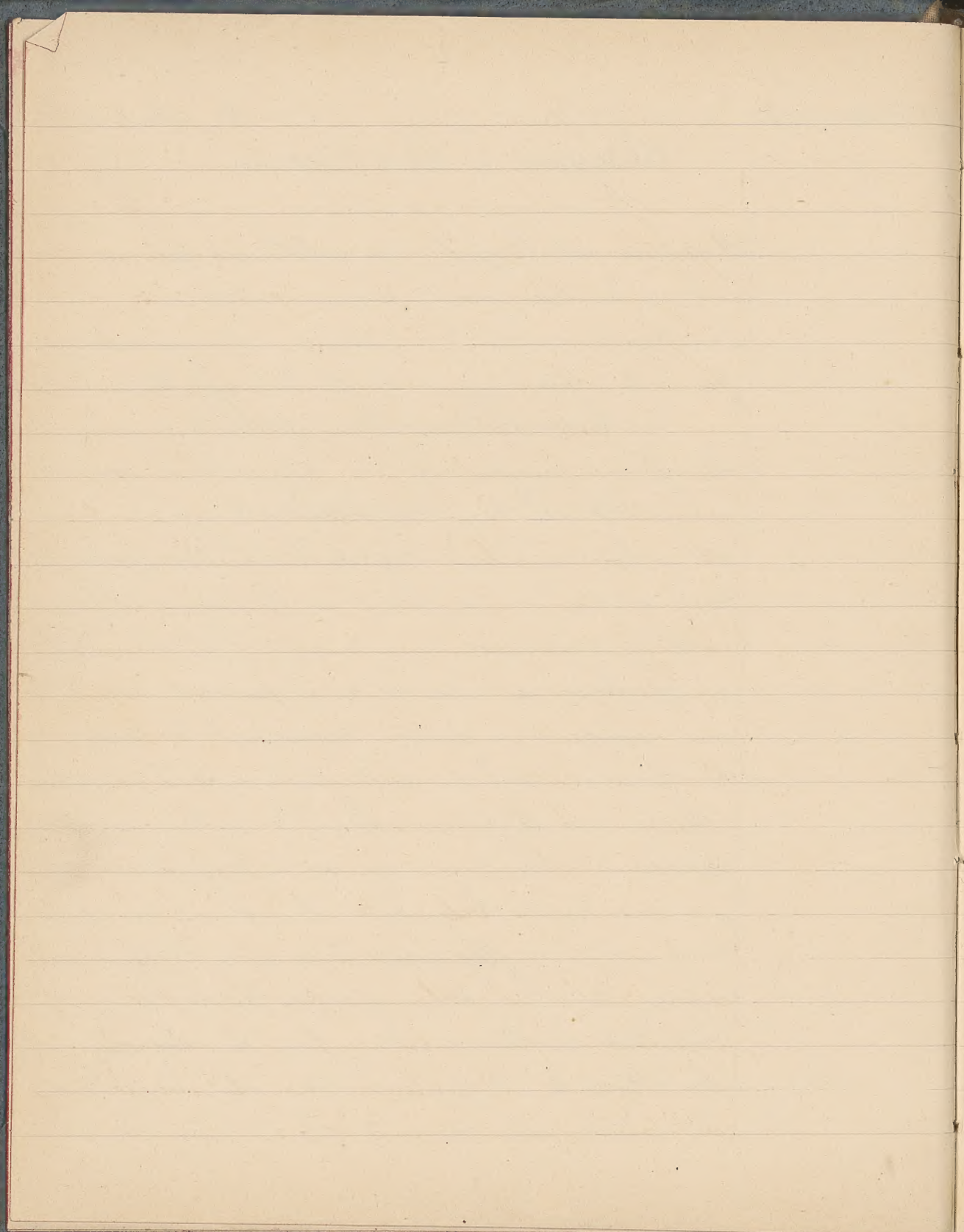
L'asepsie est l'agent des substances qui ne sont contaminées par aucun microbe.

L'antiseptie consiste à détruire les microbes qui peuvent siéger sur les parties affectées.

Transmissions des fièvres puerpérales

Les fièvres puerpérales se transmettent par les mains, les canules et les vêtements; cependant, il est certains cas dans lesquels l'infection survient par suites de maladies antérieures: salpingite, métrite, péritonite; au moment de l'accouchement ces maladies se réveillent et peuvent être une cause d'infection amenant la mort de la femme. Ces cas sont tout à fait exceptionnels.

Maladies contagieuses - Bien d'autres maladies peuvent être une source d'infection très grave, ce sont: l'érysipèle, l'angine, les abcès, les panaris, les flegmons, le cancer, l'ozène ou suppurations des fosses nasales. Toutes ces maladies peuvent se transmettre par le toucher, ou les vêtements et peuvent être chez les femmes en couches, une cause d'infection de l'utérus.



est infecté par le bacille de la tuberculose
l'infection s'installe. L'organisme lui-même ne
survit pas phagocyté par la série immunitaire.
Ophtalmie. Les accidents d'infection peuvent
être contractés sans une lésion locale
à plus ou moins tard.

La gorge chargée de baigner une lèvre en
un courant d'air peut être atteinte. Les
pneumies se transmettent à d'autres personnes
enfants très sains et occasionnent la mort.

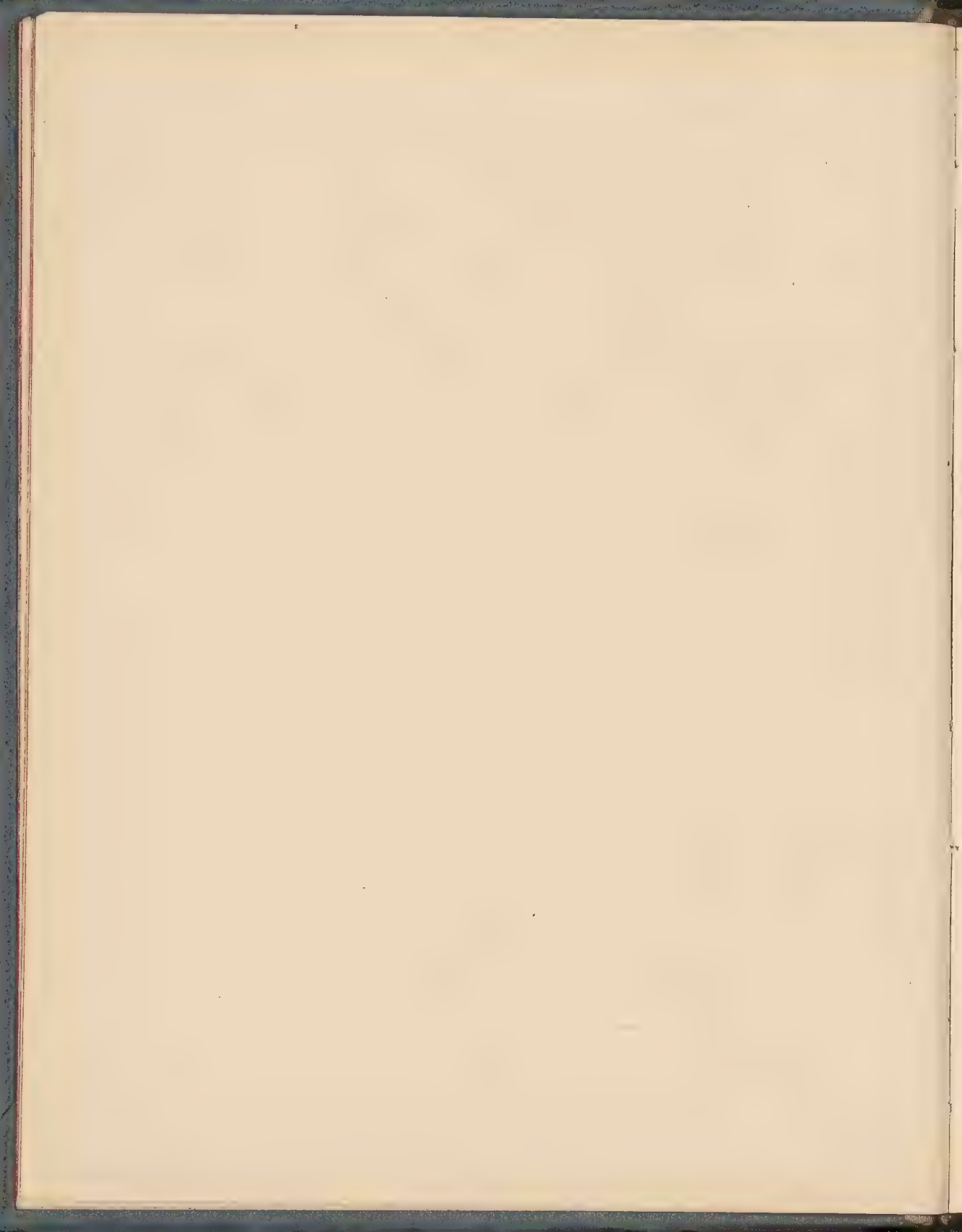
C'est pour cela qu'il faut prendre de
grandes précautions pour éviter toutes contagions.

Les affections inflammatoires des bronches et
des poumons et la syphilis peuvent aussi
se transmettre par la voie à l'air.

Pour combattre l'infection on a recours à
l'asepsie et l'antisepsie.

L'asepsie est surtout obtenue par la propreté
des mains, des vêtements, des instruments
et on se sert au moment de l'opération.

L'antisepsie est obtenue par l'emploi
de substances qui détruisent les microbes.
L'antisepsie est obtenue par l'emploi
de substances qui détruisent les microbes.

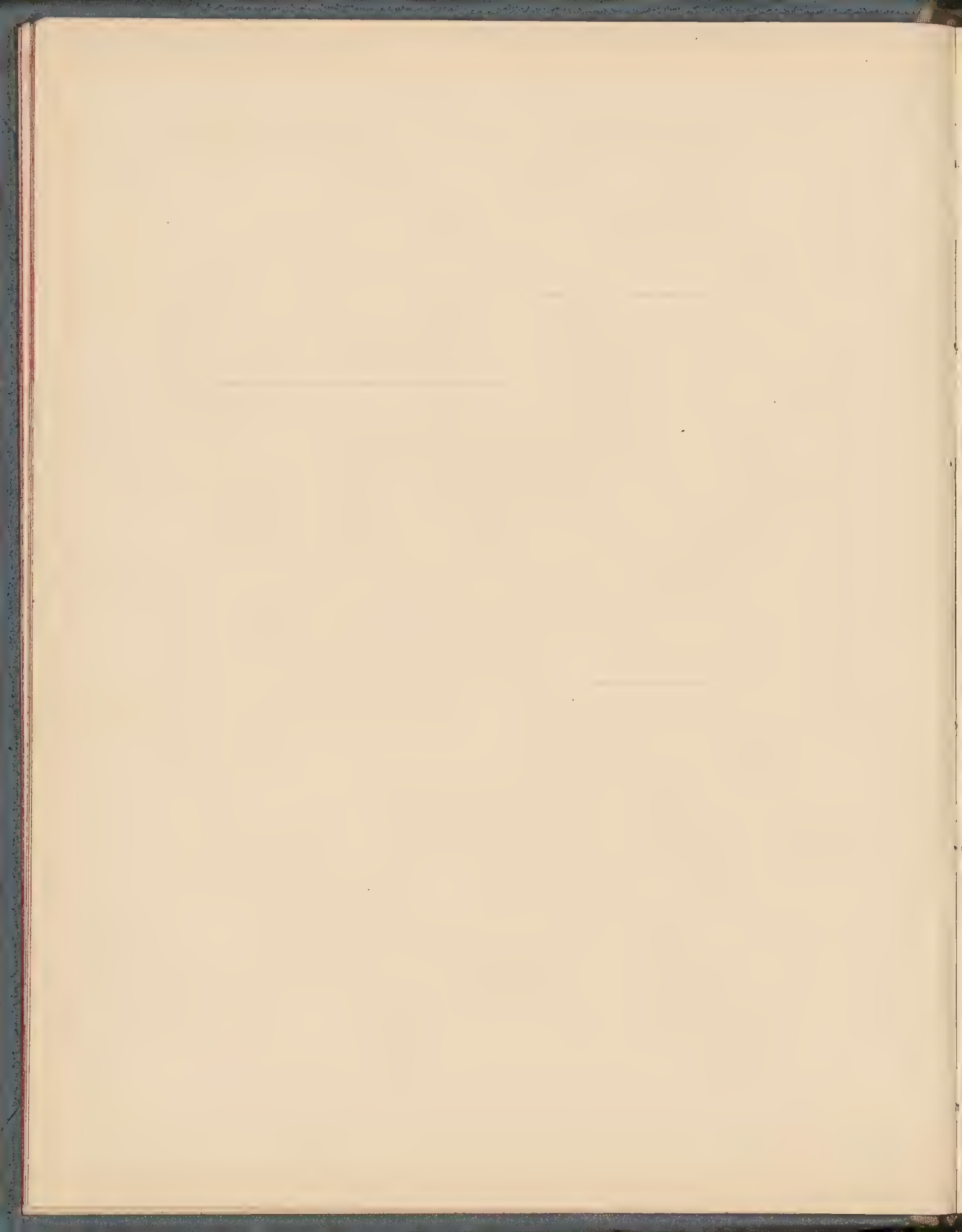


L'antiseptique le plus puissant est
sublimé corraif à 1/1000 - mercure employé en
solution à 1/4000

Pour rendre les mains aseptiques il faut les munir
de savon à une brosse et d'une éponge à ongles,
laver et brosser avec soin les mains à l'eau
chaude pour enlever toutes les matières grasses
et les brosses avec une solution de sublimé
à 1/1000. On se lave les mains avec du mercure
ou l'on touche; ensuite on fera aussi
passer les mains à l'alcool méthylique. On avait
des égratignures avec soin à mettre en solution.
Il faut aussi de nettoyer la face interne et
externe du nez avec le coton ouaté.
Il faut aussi brosser les dents avec du dentifrice
pour soigner les dents et les gencives, car
les dents sont prédisposées et peuvent se dessécher
plus facilement.

Corps. Prendre les vases et laver les cheveux.

On ne doit pas faire servir à une
femme une canule ayant servi à un
autre. Les canules qui servent aux injections
doivent être nettoyées à l'acide nitrique et
trempées dans une solution de sublimé à 1/1000.



1861 1862

Anatomie et physiologie

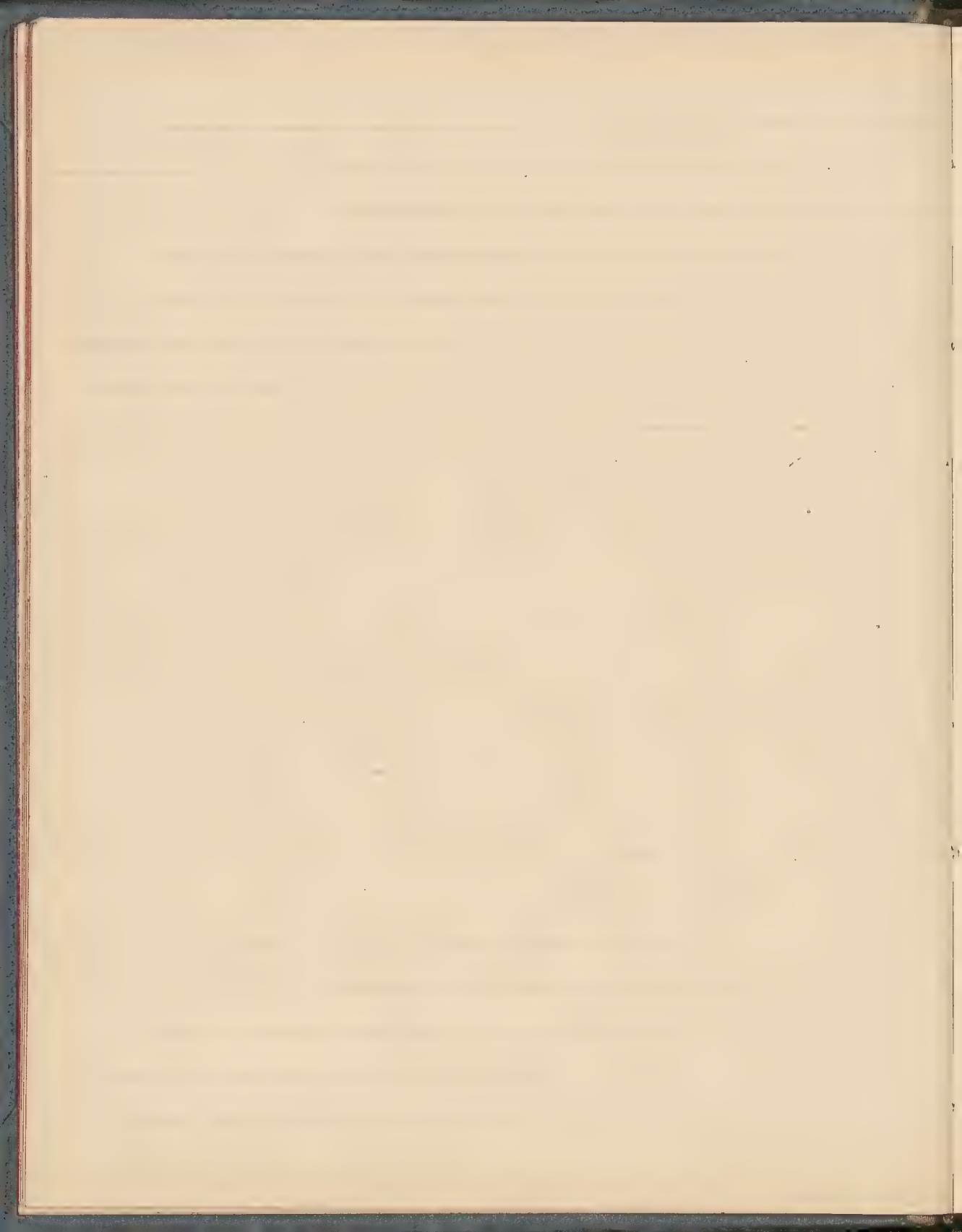
On désigne sous le nom d'anatomie, l'étude de la structure du corps de l'être humain. La physiologie comprend l'étude des fonctions des organes contenus dans le corps de l'être vivant. La pathologie est l'étude des désordres qui surviennent dans la structure et dans le fonctionnement des tissus et des organes.

- Ostéologie - Squelette -

Les os sont nombreux dans l'économie, ils sont reliés les uns aux autres au moyen d'un tissu cartilagineux qu'on appelle la charpente du corps humain, leur étude constitue l'ostéologie. Le squelette est l'ensemble des os du corps reliés entre eux par les ligaments. La partie essentielle du squelette est la colonne vertébrale à la partie supérieure se trouve la tête.

La tête ou tête humaine est une masse osseuse située à la partie supérieure de la colonne vertébrale. Elle est divisée en deux parties: la crâne et la face.

Le crâne comprend 8 os chez l'adulte.



Dont 2 paires et 4 impaires; les deux paires sont :
les pariétales et les temporales. Les 4 impaires
sont : la frontale, l'occipitale, l'éthmoïdale
au crâne : l'éthmoïdale en avant, et le
sphénoïde en arrière.

La face contient 14 os dont les plus importants
sont : le maxillaire inférieur qui a saisi-
on et la mandibule et a une fonction très importante
avec les 2 maxillaires supérieurs.

La face se compose de plusieurs cavités : la
cavité nasale, les fosses nasales et les os de la
face.

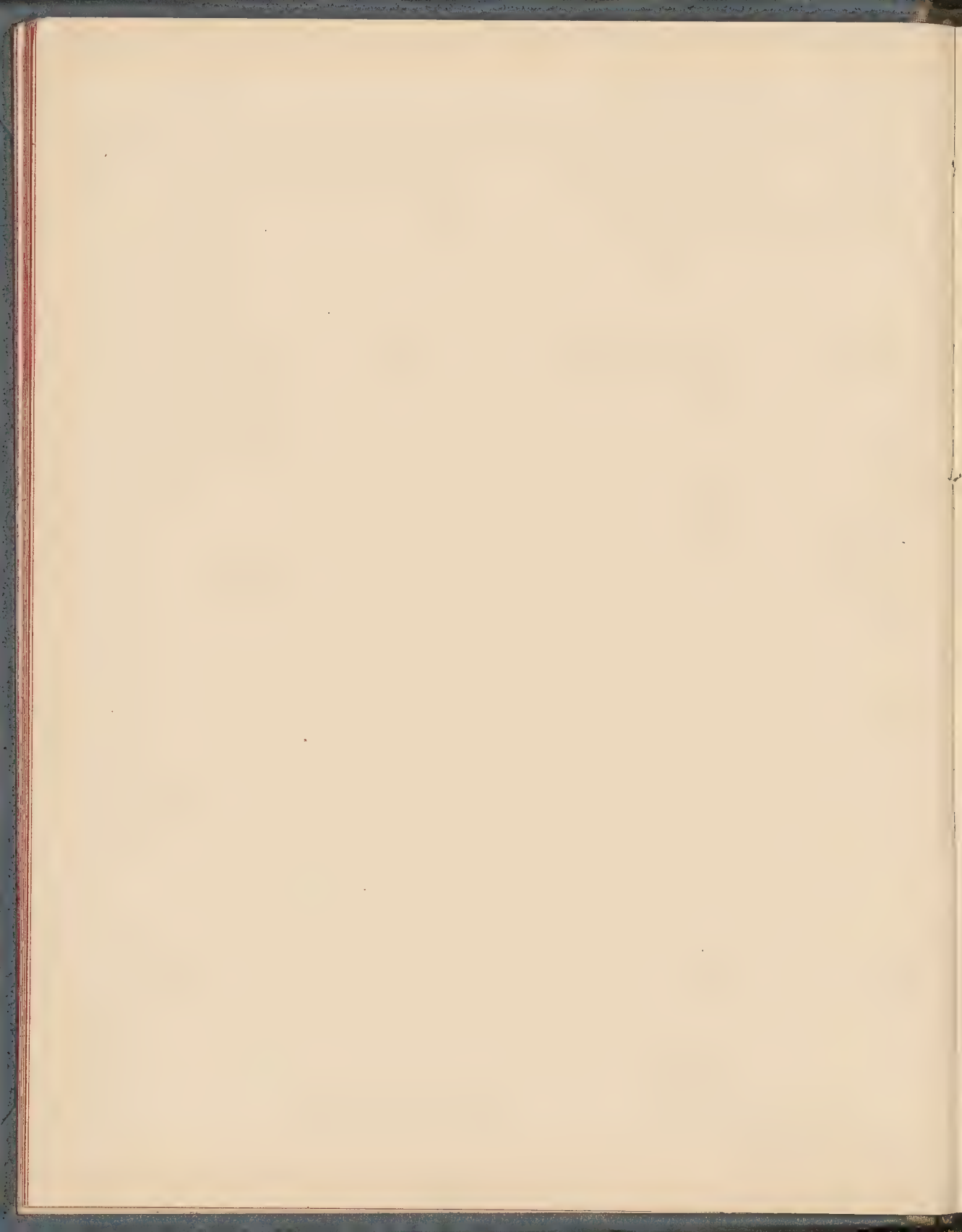
La colonne vertébrale se compose de 24 vertèbres
divisées ainsi : 7 cervicales, 12 Dorsales et 5 lombaires.
Au dessous de ces vertèbres fait suite le sacrum
et le coccyx. Les vertèbres superposées ont en
dessous les autres et tiennent à leur centre
un canal appelé canal rachidien où se trouve l'axe
qui sert de passage à la moelle épinière.
De la colonne vertébrale part des os appelés côtes :
les côtes s'insèrent en arrière à la colonne vertébrale
et viennent s'insérer en avant à la partie
antérieure de la poitrine sur un os appelé
sternum, les côtes ont un intérêt au mouvement
de la respiration.

Les côtes sont au nombre de 12 à chaque côté.
Les 10 premières sont appelées côtes vraies et les 2 dernières
inférieures sont appelées côtes fausses.

L'ensemble de la colonne vertébrale, des côtes
et du sternum forment une cage de cage
appelée cage thoracique qui circonscrit
une cavité: la cavité thoracique qui contient
les organes de la respiration et de la circulation
et la partie supérieure du tube digestif.
La partie inférieure de la colonne vertébrale
est constituée par le sacrum et le coccyx sur les
parties latérales des os os iliaques qui se
reunissent en avant au moyen de la symphyse
pubienne et en arrière par le sacrum.

La partie supérieure du tronc, sur les
parties latérales on voit les os des bras
entre eux au moyen d'articulations. Les
os des bras sont les os humérus, radius, ulna
et le carpe.

Le bras est constitué par l'os humérus, le radius, l'ulna
et le carpe. Le poignet est constitué par les os
du carpe. Le carpe est constitué par 8 os: le scaphoïde
situé à la partie supérieure, le trapezoïde, le trapezoïde



du thorax qui part s'insère à l'omoplate. D'autre part au sternum.
L'omoplate est située à la partie supérieure et postérieure du thorax.
Le bras est formé de 3 os: le humerus, le radius et l'ulna.
L'avant-bras est formé de 2 os: le radius et l'ulna.
Le carpe est formé de 8 os.

Le poignet appelé carpe est constitué par 8 petits os sur deux rangées.

On désigne par les os qui sont les os de la main.
Les os de la main sont les os métacarpiens, les os métaphalanges, les os phalanges.
On en a une 2. ces os sont: l'os métacarpien, l'os métaphalange, l'os phalange.

Les doigts de la main portent des os osseux.
Les os de la main sont les os métacarpiens, les os métaphalanges, les os phalanges.

On la partie inférieure du bassin.
Les os de la main sont les os métacarpiens, les os métaphalanges, les os phalanges.
On la partie inférieure du bassin.
Les os de la main sont les os métacarpiens, les os métaphalanges, les os phalanges.

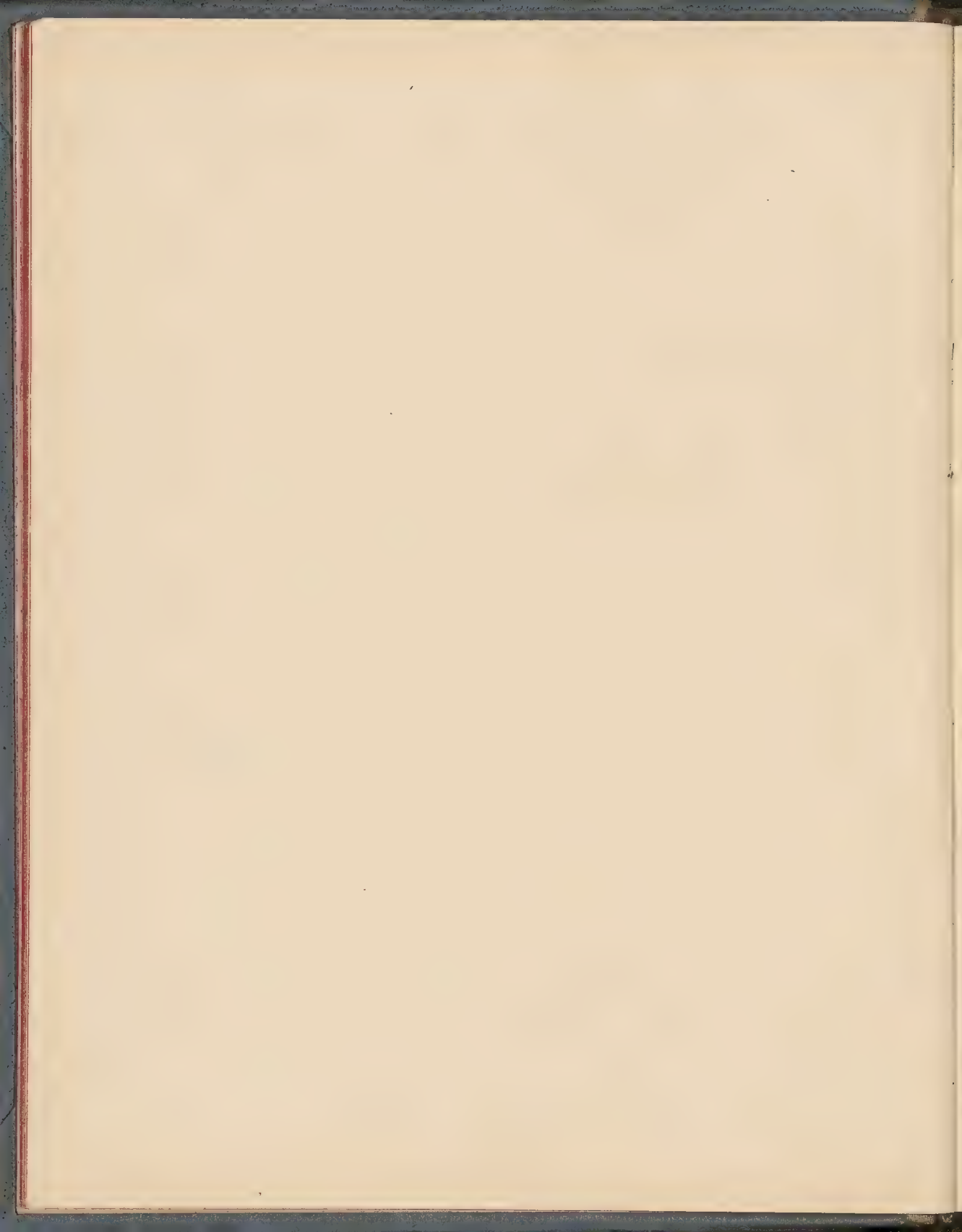
On la partie inférieure du bassin.
Les os de la main sont les os métacarpiens, les os métaphalanges, les os phalanges.
On la partie inférieure du bassin.
Les os de la main sont les os métacarpiens, les os métaphalanges, les os phalanges.

- Rôles des os. -

Les os servent de soutien au corps, de protection aux organes de la respiration, de la circulation et aux centres nerveux.

se trouve compris entre le tibia et le péroné
à la partie inférieure. Les os de la main
des doigts se réunissent à la terminaison
des os de la main. Les os de la main
et de la main se réunissent à la terminaison
des os de la main. Les os de la main
et de la main se réunissent à la terminaison
des os de la main.

Courbures de la colonne vertébrale.
La colonne vertébrale ne représente pas une
verticalité parfaite, elle présente trois
courbures: une convexité antérieure. Dans la
région cervicale, une convexité postérieure.
Dans la région thoracique, une convexité
postérieure. Dans la région lombaire,
il y a pas suite à ces courbures normales
des courbures anormales qui constituent des
différences; ainsi il y aura cyphose quand
la colonne vertébrale sera une saillie très
exagérée en arrière, quand la saillie sera
très marquée en avant on dira qu'il y a
lordose. Quand il y a déviation de la
colonne vertébrale dans le sens latéral,
on dira qu'il y a scoliose; les personnes atteintes
ont un tronc très haut, gauche et droit.



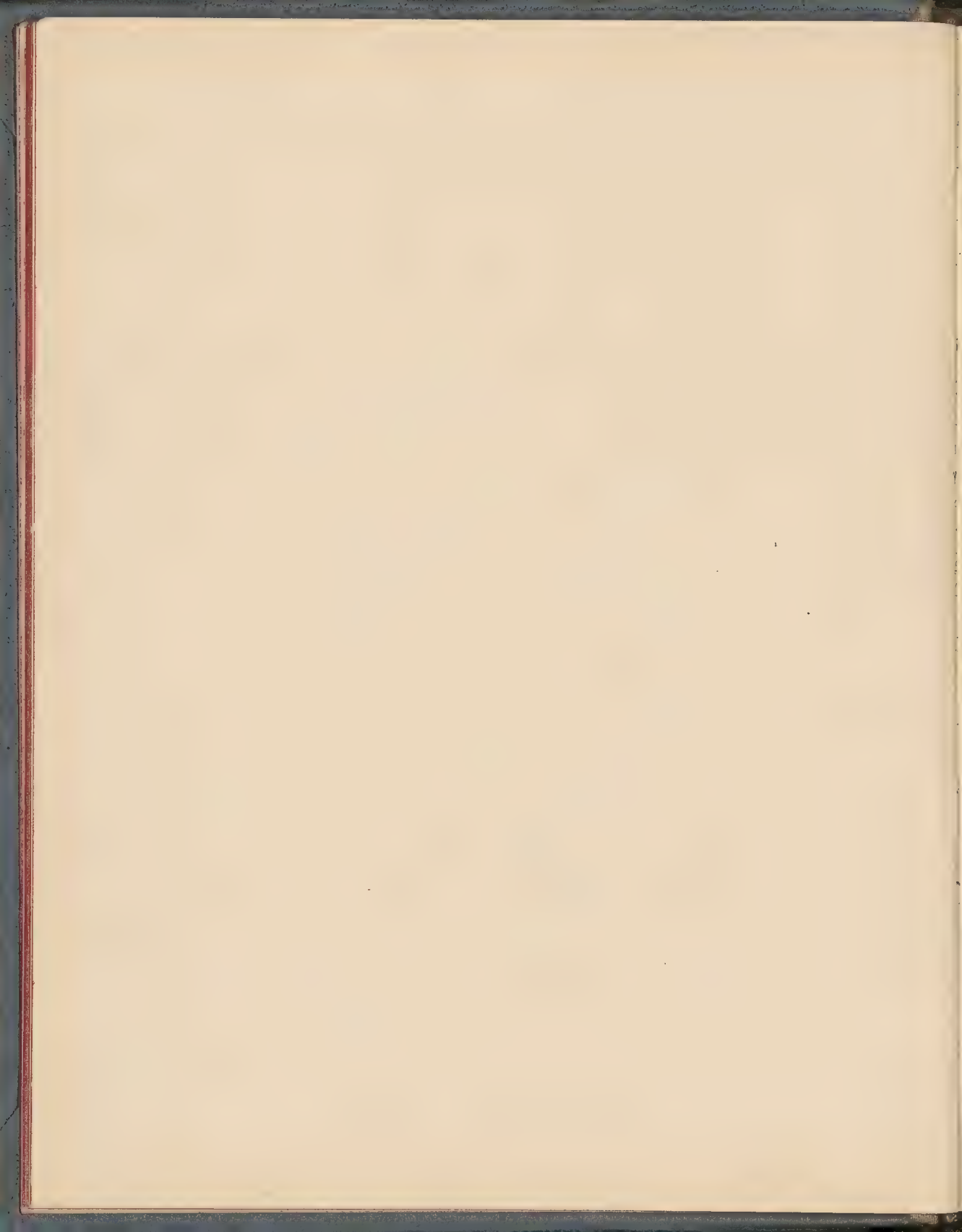
7 juillet 1881

Structure des os

Les os sont composés de deux parties en union intime. L'une est une substance organique: l'ossein; l'autre est une substance minérale constituée par des sels calcaires. Ces deux parties sont différentes l'une de l'autre et l'ossein existe pour $\frac{1}{2}$ dans l'os et la partie minérale pour $\frac{1}{2}$.

Ossein - En prenant un os et le plongeant dans certains liquides soit: l'eau chlorhydrique ou le vinaigre, en le laissant pendant un certain temps on verra se dissoudre la matière calcaire, il ne reste plus que la partie dure, l'ossein. L'os sera plus souple et pourra être courbé. En faisant bouillir l'os on obtient la gélatine ou colle.

Sels calcaires. - Quand on prend un os et qu'on le soumet à un feu ardent, il conserve sa forme, mais il est absolument blanc, si on le touche il tombe en poussière. La matière calcaire est l'éclat et l'ossein est l'élasticité.



Dans la matière calcaire ou boue. principa-
lement le phosphate de chaux et le
carbonate de chaux $\frac{1}{100}$ il ne reste plus
que $\frac{99}{100}$ d'autres sels ajoutés à ceux-ci.
Si on chauffe l'os à un feu moins
ardent, le carbone y reste en plus grande
quantité, l'os devient noir: noir animal
qui sert à Dissoudre

Dans l'os vivant il y a des vaisseaux
s'y rendant, ils deviennent de plus en plus
petits dans ces vaisseaux circule le sang qui
sert à la nutrition de l'os. Dans l'os il
s'y rend également des filets nerveux.

- Coupe longitudinale de l'os -

Le tissu osseux se compose d'une substance
fondamentale granuleuse, disposée en lamelles
et creusée de canaux et de cavités. Les canaux
sont désignés sous le nom de canaux de
Havers et sont destinés à loger le système
capillaire des os. Les cavités se nomment
ostéoplastes, elles sont très nombreuses.

Les canaux de Havers sont des conduits cylin-
driques, ayant une Direction longitudinale
ces conduits s'anastomosent tous entre eux

parcourent l'os en tout sens et portant de va-
seaux capillaires. Les lamelles osseuses forment
autour des canaux de Havers des couches
concentriques s'adaptant les unes dans les autres
au milieu de ces lamelles osseuses on voit
des cavités, appelées ostéoplastes. D'une part des
prolongements creux en forme de pattes
d'araignée ces prolongements portent le nom
de canalicules osseux. Quelques uns s'anastomo-
sent entre eux, les autres vont s'ouvrir
dans les canaux de Havers.

Les cavités ou ostéoplastes contiennent dans
leurs intérieurs, des cellules osseuses qui con-
tiennent une masse gélatineuse.

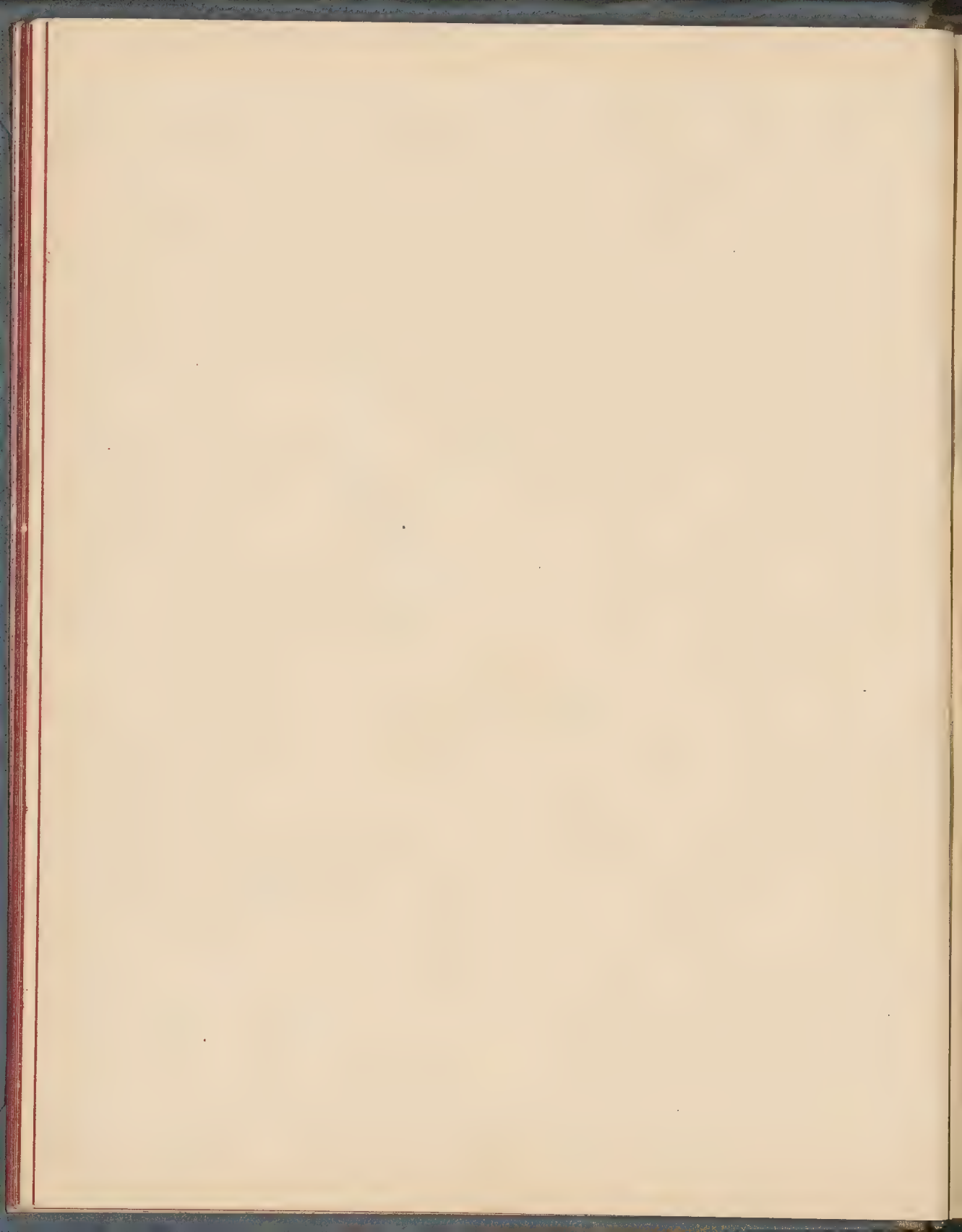
- Variétés d'os -

On distingue 3 variétés d'os: les os longs, les os
courts et les os plats.

Les os sont longs lorsque le diamètre longitudinal
est plus long que les autres. (Cuisse, fémur,
humérus)

Les os sont courts, lorsque tous les diamètres sont
à peu près les mêmes. (Cuisse, vertèbres, les
os du carpe et du tarse.)

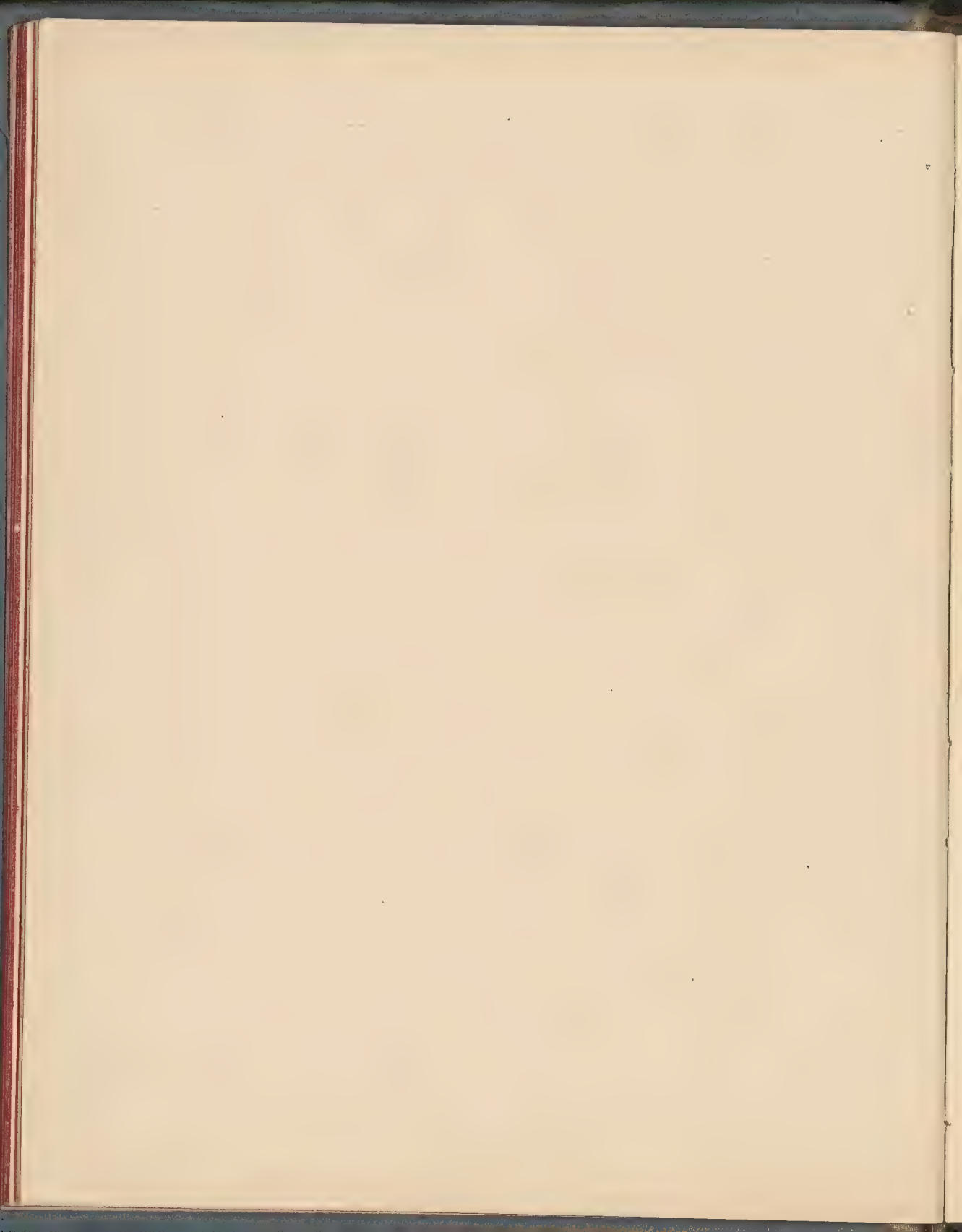
Ils sont plats lorsque la circonférence
l'emporte sur l'épaisseur; (crâne, os de la face)



Dans chaque os long il y a deux parties tout à fait distinctes : le corps ou diaphyse, les extrémités ou épiphyses. Au niveau de la diaphyse - (partie moyenne du corps) en allant de dehors en dedans, l'os se compose ; du périoste, membrane fibro-vasculaire qui entoure l'os ; d'une couche épaisse de tissu compact ; d'une couche très mince de tissu spongieux ; au centre est une cavité appelée canal médullaire qui contient la moëlle. Au niveau des épiphyses on trouve en allant de dehors en dedans : le périoste, une lame très mince de tissu compact et au centre beaucoup de tissu spongieux. c'est surtout au niveau des épiphyses que pénètrent les vaisseaux qui vont nourrir l'os. Os courts : une mince lame de tissu compact, au centre beaucoup de tissu spongieux, ces os sont recouverts de périoste ^{vermeux}. Os plats : même constitution. 2 lamelles de tissu compact contenant entre elles du tissu spongieux.

- Développement des os -

Le tissu osseux se développe par 3 points d'ossification pour les os longs.

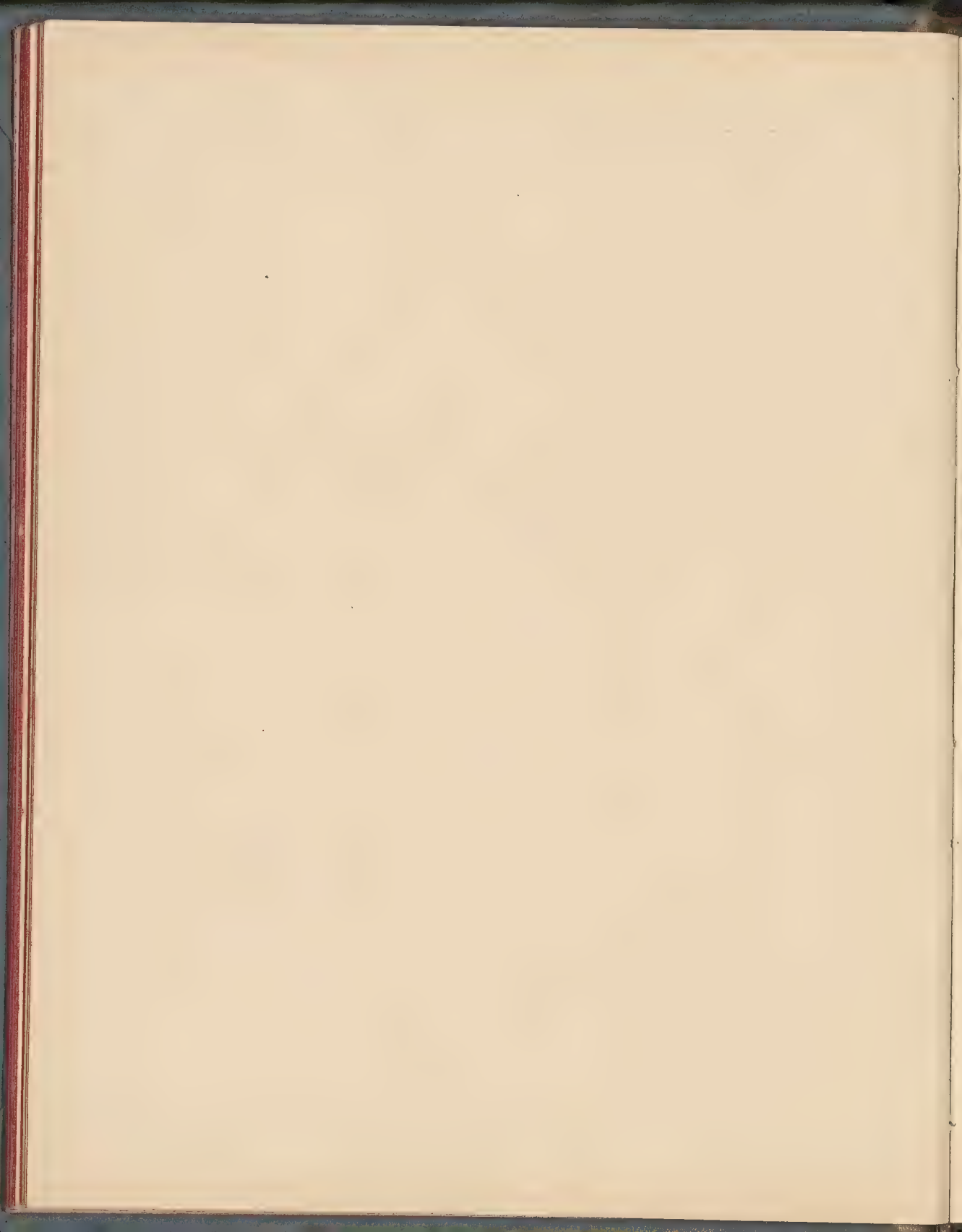


Le squelette du fœtus est d'abord constitué par un tissu cartilagineux (qui formera plus tard du tissu osseux) substance constituée par des cellules, autour de ces cellules est une substance appelée fondamentale qui est envahie de sels calcaires, et formera plus tard le tissu osseux.

L'accroissement des os se fait en longueur et en épaisseur, pendant la durée de la vie jusqu'à l'âge adulte, le tissu cartilagineux prolifère jusqu'à l'envasement complet de sel calcaire et ensuite l'accroissement se fait en épaisseur.

Chez l'enfant à terme au niveau de l'épiphyse inférieure ^{du fémur} il y a un point d'ossification primitif appelé point de Bécariet 3 points d'ossifications secondaires: 2 au niveau des trochantères et un à l'épiphyse supérieure. Enfin, tant que le cartilage de conjugaison qui se trouve à l'union de la diaphyse et de l'épiphyse n'est pas envahi de sels calcaires, l'os grandit.

L'accroissement de l'os en épaisseur se fait à l'aide du périoste qui forme des cellules osseuses.

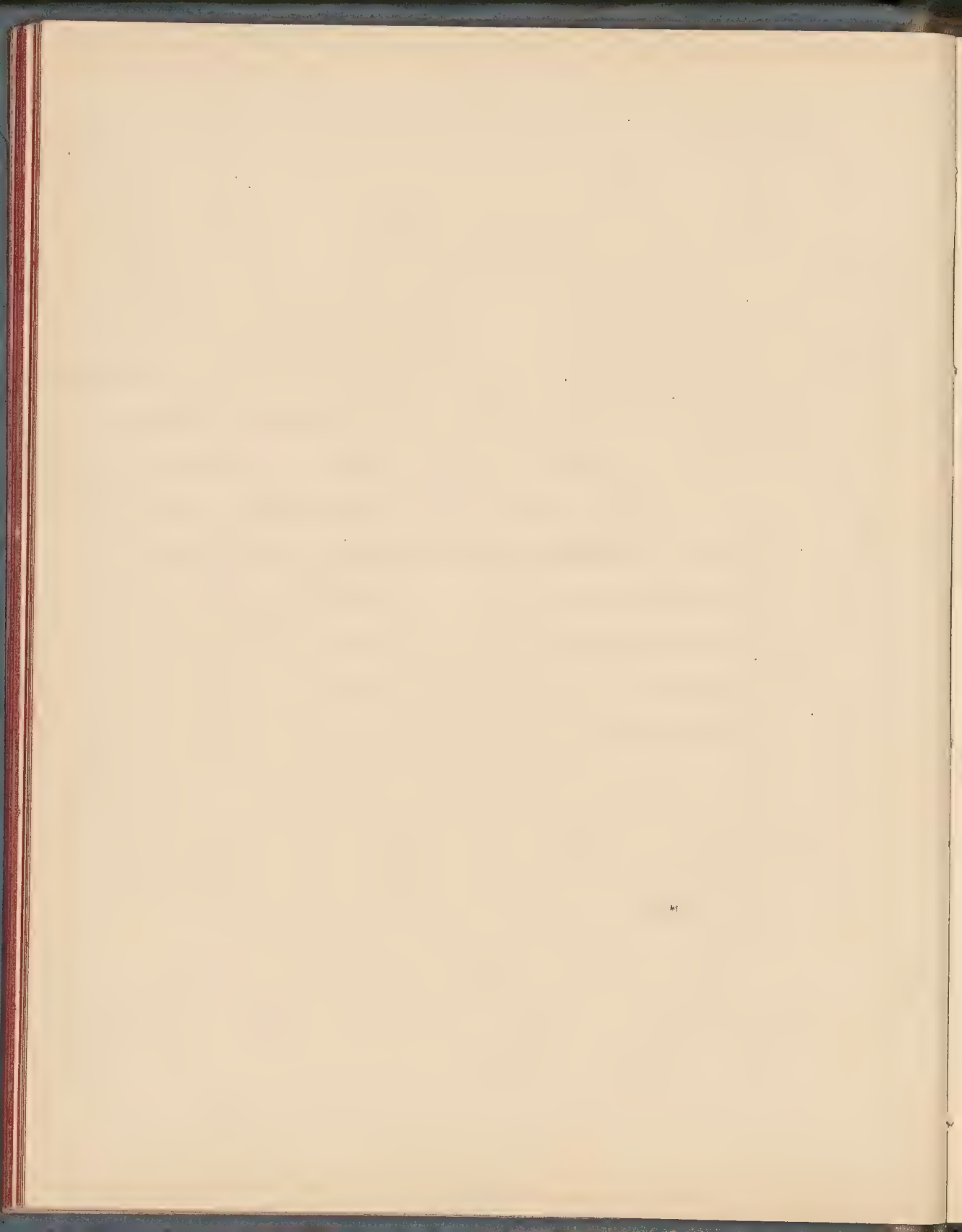


Articulations

Les os du squelette placés les uns au-dessus des autres, sont réunis par des articulations. Les os longs s'articulent par leurs extrémités. Les os courts sont réunis par des surfaces. Les os plats sont réunis par leurs bords.

On décrit 3 sortes d'articulations : 1^{re} diarthroses. 2^e synarthroses. 3^e amphiarthroses ou symphyses. Amphiarthroses ou symphyses - Elles présentent 2 surfaces articulaires destinées à se mettre en contact, entre ces deux surfaces osseuses on voit un disque - fibre - cartilagineux, ces 2 surfaces osseuses sont maintenues en place au moyen de ligaments situés à la périphérie ; ces articulations sont pourvues de peu de mouvement, symphyse pubienne. Diarthroses. Ces articulations sont pourvues de grands mouvements, elles se composent de deux surfaces articulaires entourées de cartilage et s'emboîtant dans une cavité.

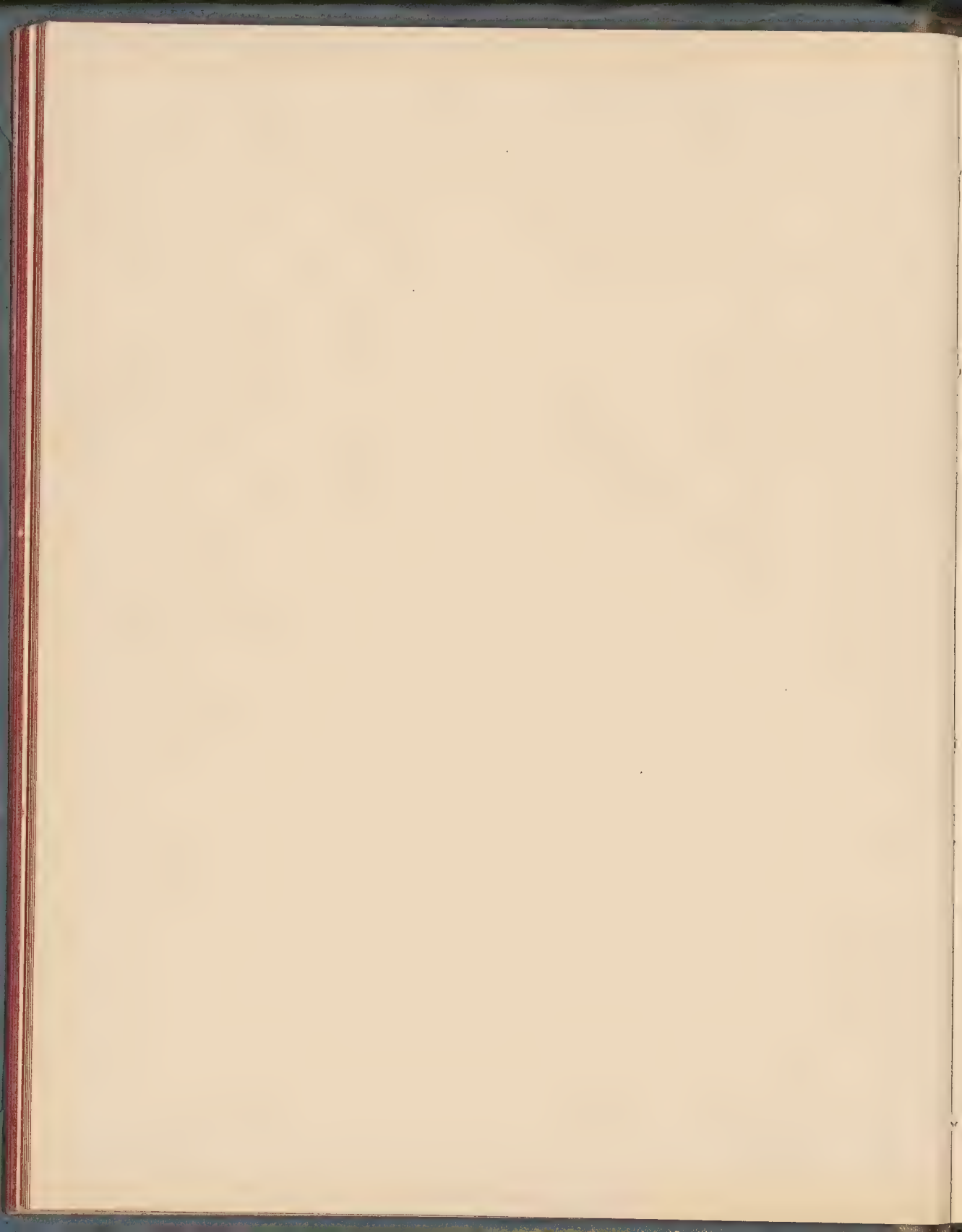
Exemple : - articulation coxo-fémorale. La tête du fémur est enveloppée de cartilage très élastique, plus épais au centre qu'à la périphérie. La cavité articulaire est



également épaissie de cartilage mince
au centre et épais vers ses bords.

La tête du fémur placée dans la cavité
cotyloïdienne est maintenue en place par
un ligament appelé ligament croisé
qui s'insère d'une part au centre
de l'arrière fond de la cavité et d'autre
part au centre de la tête fémorale.
L'os iliaque et le fémur sont mis en
contact par un manchon fibreux
qui s'insère sur le bord du sourcil
cotyloïdien et sur le col du fémur.

Une membrane séreuse appelée synoviale
tapisse la face interne de ce manchon
fibreux. Cette synoviale sécrète un
liquide appelé synovie qui permet aux
os de glisser les uns sur les autres.
Les articulations ainsi constituées permettent
plusieurs mouvements: en portant la cuisse
en avant on a le mouvement de flexion,
en arrière: extension. En dehors: abduction.
En dedans: adduction. La rotation, mouvement
de l'os qui tourne dans l'articulation pour
se porter dans n'importe quel



Circumscription, qui fait
Synarthroses (ou sutures) Les os du crâne se
réunissent entre eux par des sutures, ce
sont des articulations immobiles. Au niveau
du crâne on compte 3 variétés de sutures:
1^{re} variété, suture dentelée, les bords des os sont
taillés en dents de scie ces dents s'imbriquent
les uns dans les autres, (pariétales et frontales).
2^e variété: Les bords des os sont taillés oblique-
ment: l'un au dépend de sa face interne
l'autre au dépend de sa face externe, ce
sont les sutures écailleuses (pariétales, occipitales).
3^e variété: Sutures harmoniques. Les bords des os
rapprochés les uns des autres, il sont simplement
rugueux (On trouve ces sutures au
niveau de la face).

Muscles.

Les muscles sont les agents actifs des mouvements.
Ils sont constitués par l'ensemble de fibres qui jouissent de la propriété de se contracter, c'est-à-dire de se raccourcir.

Il y a dans l'économie 3 variétés de muscles :

1^{re} variété. Muscles de la vie de relation.

2^e variété. Muscles de la vie organique.

3^e variété, constituée par les fibres musculaires du cœur.

Quand on examine un muscle soit au bras : le biceps, ou de l'épaule : le Deltoid, on voit qu'il est formé de 2 parties : une partie colorée en rouge qui est le tissu musculaire proprement dit ; une partie blanche aux deux extrémités qui est formée par du tissu fibreux qu'on appelle tendon. Les masses musculaires sont formées de faisceaux longitudinaux parallèles les uns aux autres, dans ces faisceaux examinés au microscope on voit des fibres musculaires formées par des parties striées : les unes sont transversales, les autres sont longitudinales.

Les ~~fibres~~^{striées} longitudinales sont formées par
des fibrilles et les striées transversales
formées par ~~des~~ lignes claires des lignes
sombres superposées.

Ces fibres se contractent dans un seul
sens : la longueur ou a ajouté que ces
fibres semblaient augmenter de
volume, mais il n'en est rien, il se
raccourcissent dans le sens de longueur
pour s'épaissir.

La fibre est enveloppée d'une membrane
appelée sarcolemie. On y contient des
noyaux. (fibres striées)

Les muscles de la vie de relation se
contractent brusquement sous l'influence
de la volonté.

Les fibres musculaires lisses sont des cellules
allongées, fusiformes n'ayant pas d'envasement
dans l'épaisseur de leur tissu il y a
un noyau (la fibre-cellule). Ces fibres
ne se contractent pas de la même
manière, leur contraction est lente.
Ces fibres se contractent indépendamment
de la volonté.

Les fibres musculaires du cœur tiennent
de ces 2 variétés, c'est-à-dire qu'elles
présentent les striations, mais celles noyées
qui chez les fibres striées se trouvent
à la périphérie, dans cette variété
se trouvent au centre. Elles se
contractent brusquement, mais indépen-
damment de la volonté.

Les muscles de la vie de relation
s'insèrent sur des parties différentes
du corps, le plus souvent sur 2 os distincts
et en se contractant ils tendent à
rapprocher ces 2 os.

Quelquefois ils s'insèrent sur les os d'une
part et d'autre part sur la face profonde
de la peau (exemple, muscles peauciers ou
de la face) d'autres s'insèrent sur un
tissu osseux d'une part, et d'autre part
sur un organe auquel il donne une
certaine mobilité (muscles orbitaires.)

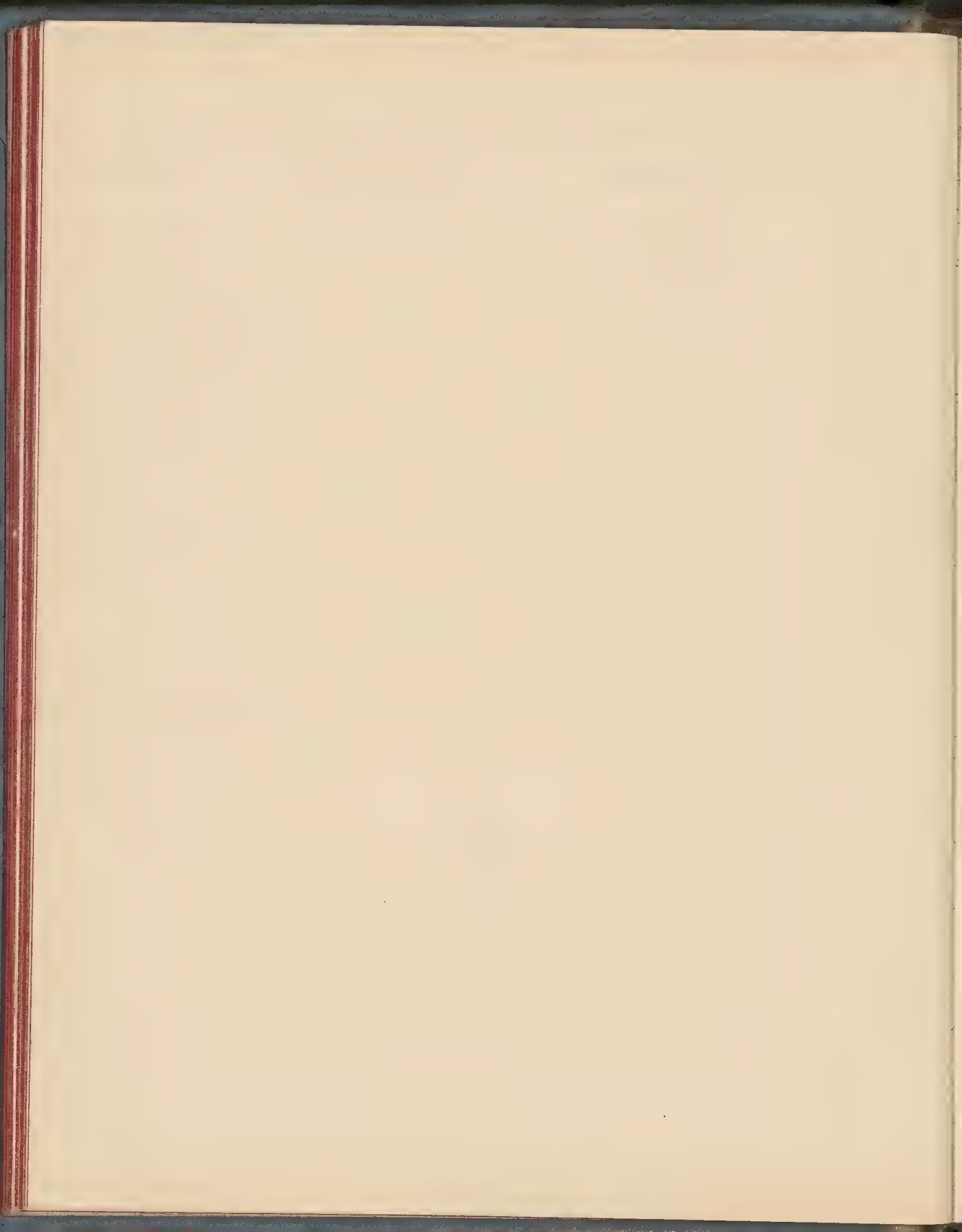
Sphincters - Ce sont des fibres musculaires
circulaires, orbiculaires des lèvres, sphincter
anal.

Les muscles agissent comme des leviers.
1.^{re} résistance, 2.^e point d'appui, 3.^e puissance.
Il existe 3 variétés de leviers 1.^{re} Levier inter-
résistant (la poutrelle) la résistance se trouve
entre le point d'appui et la puissance, muscle du talon. 2.^e Levier inter-fixe, le
point d'appui se trouve entre la puis-
sance et la résistance, muscle du cou.
3.^e inter-puissant, la puissance se trouve
entre la résistance et le point d'appui,
muscles biceps.

— Le cœur —

Le sang circule dans toute l'économie
par l'intermédiaire des artères qui
se divisent et se subdivisent pour
former des capillaires, aux capillaires arté-
riels font suite des capillaires veineux,
puis les veines.

Le cœur en se contractant chasse le
sang dans les artères qui passera ensuite dans
les capillaires artériels puis dans les capillaires
veineux et revient au cœur par les
veines.



Le cœur est un muscle creux qui dans son ensemble forme une masse unique en apparence, mais en réalité est constitué par 2 parties : un cœur droit et un cœur gauche représentant chacun une cavité supérieure ou oreillette, une cavité inférieure ou ventricule.

Le sang venant des veines arrive par les ouvertures celles des veines caves supérieures et inférieures dans l'oreillette droite, puis ce sang va pénétrer dans le ventricule par l'orifice auriculo-ventriculaire droit. Le sang descend ainsi dans le ventricule droit parce que les fibres musculaires de l'oreillette se contractent et poussent ainsi le sang (systole).

Mais ce ventricule possède aussi un orifice, celui de l'artère pulmonaire. L'orifice auriculo-ventriculaire droit possède des valvules (valvules bicuspidées) s'opposant au reflux du sang du ventricule dans l'oreillette.

Le ventricule étant rempli, le sang va repousser ces valvules et fermer l'orifice

L'oreillette et contraction du ventricule obliquant l'origine auriculo-ventriculaire par suite de la présence de la valvule mitrale, le sang sera donc chassé dans l'aorte, il tentera bien à refluer dans le ventricule mais à son niveau se trouve les valvules sigmoïdes:

Le cœur

Le cœur est un muscle creux placé dans la cavité thoracique, il a la forme d'un cône un peu aplati, dont la base arrondie est dirigée en haut vers la loi et le sommet (ou pointe du cœur) en bas vers la gauche.

On lui étudie : une face antérieure en rapport avec la paroi thoracique, sternum, côtes. Une postérieure regardant la colonne vertébrale et 2 bords : un droit et un gauche en rapport avec les poumons.

Volume
Son volume varie suivant les individus, il a à peu près le volume du poing. et pèse 280 grs en moyenne.

la grossesse - il s'hypertrophie, c'est-à-dire qu'il augmente de volume et à la fin de la grossesse arrive à peser jusqu'à 300 grs.

Situation. Il est situé dans le médiastin antérieur, en rapport en avant avec le sternum et les côtes, à droite et à gauche avec les poumons, il repose en bas sur le diaphragme et se trouve pour ainsi dire suspendu par tous les gros vaisseaux.

Péricarde. Le cœur est enveloppé d'une membrane fibro-séreuse qui le protège et qui facilite ses mouvements c'est le péricarde. il est double, en forme de bonnet de coton. entre ces 2 feuillets se trouve un peu de liquide.

Endocarde. Le cœur est tapissé intérieurement par l'endocarde, membrane très mince tapissée par un épithélium pavimenteux. L'endocarde ne s'arrête pas à la base du cœur il se réfléchit sur les gros vaisseaux. La face antérieure du cœur présente un sillon vertical, la face postérieure présente un sillon transversal, ces deux sillons

logent les artères coronaires.

Les 2 cœurs qui n'en forment qu'un se contractent simultanément, il y a alors deux phénomènes qui se produisent. les battements du cœur se répétant à intervalles réguliers. Le cœur en se contractant, devient plus épais et s'éternit. on entend un véritable claquement, puis un premier bruit dû à la contraction du ventricule. ce 1^{er} bruit est suivi d'un petit silence, on entend alors un 2^e bruit plus fort produit par le claquement des valvules sigmoïdes, vibration et enfin un grand silence.

Le cœur se contracte d'une façon intermittente et brusque, on observe 72 à 80 contractions par minutes, chaque contraction refoule environ 180 grs. de sang. La petite circulation ou circulation pulmonaire a été découverte en 1661 par Michel Servet, et la grande circulation par Harvey en 1628.

Le sang veineux ou sang noir arrive
à l'oreillette droite par les veines caves
supérieure et inférieure

Le sang artériel ou sang rouge revient
au cœur gauche par les veines
monaires est lancé dans l'aorte et va
se distribuer dans toute l'économie.

À l'extrémité des artères se trouvent les
capillaires artériels auxquels font suite les
capillaires veineux puis les veines ramenant
le sang au cœur droit.

Structure des artères - Les artères se
composent de 3 couches: la couche externe est
formée de tissu conjonctif, la couche moyenne
est formée de fibres élastiques et de fibres
musculaires lisses auxquelles les artères
doivent leur élasticité et leur contractilité.
Les fibres élastiques sont longitudinales,
les musculaires sont circulaires.

La 3^{re} couche est un épithélium.

Il y a beaucoup plus de fibres élastiques
pour les grosses artères que pour les petites.
Les veines sont beaucoup plus moins résistantes,
elles présentent sur leur face interne

valvules facilitant la circulation en retour.
Le sang coule d'une façon différente
suivant qu'on examine une artère ou
une veine, le sang veineux coule très
lentement, tandis qu'au contraire le sang
artériel coule avec une rapidité telle
qu'il franchit un espace de 9 mètres
par seconde.

Le sang est un liquide de couleur rouge
qui circule dans les artères et revient
au cœur par les veines. Sa couleur diffère
suivant qu'il appartient aux artères ou
aux veines.

Le sang artériel est clair, d'un rouge
vif, propre à remplir ses fonctions
au contraire le sang veineux est foncé
noirâtre, chargé d'acide carbonique.

Composition du sang.

Le sang est composé de deux parties:
une solide et une liquide.

La partie liquide constituée par le
sérum n'est autre chose que de l'eau
qui contient en dissolution plusieurs substances
d'albumine qui se coagule par la chaleur.

De la chaleur; la fibrine substance qui se coagule à l'air libre; Des sels, chlorure de sodium; Des gaz, oxygène et acide carbonique.

La partie solide est constituée par les globules qui sont de 2 variétés: les globules rouges et les globules blancs.

Les globules rouges sont de tout petits corps qui ont la forme d'un disque bi-concave ils sont colorés par une substance appelée hémoglobine, on compte 8 millions de globules rouges environ par un millimètre cube de sang.

On désigne les globules rouges sous le nom d'hématies.

Les globules blancs ou leucocytes ne se trouvent pas seulement dans le sang, il y en a environ un pour 1000 de globules rouges.

C'est au niveau des globules rouges que se fixe l'oxygène.

Les globules blancs sont très nombreux dans le sang, ils ont une forme sphérique et sont animés de mouvements d'amiboïde.

Respiration

La respiration est la chose la plus essentielle de la vie. Elle présente des phénomènes de deux sortes : les uns mécaniques président à l'entrée de l'air dans les poumons et à son expulsion hors de ces organes, les autres chimiques consistent dans les échanges gazeux entre l'air atmosphérique et les gaz contenus dans le sang, ils ont pour but l'absorption de l'oxygène et l'exhalation de l'acide carbonique.

Phénomènes mécaniques.

La pénétration de l'air dans les poumons et son expulsion au dehors s'effectue par la dilatation du thorax (inspiration) et par son retour à ses premières dimensions (expiration).

La pénétration de l'air dans les poumons s'effectue par la dilatation du thorax. Au moment de l'inspiration, la poitrine s'agrandit dans tous les diamètres, l'agrandissement de ses diamètres transverse et antéro-postérieur se fait tout d'abord.

L'élévation des côtes mises en mouvement
par la contraction d'un grand nombre de
muscles (muscles inspirateurs.) l'agrandissement
du diamètre vertical se produit par
la contraction du diaphragme - qui
devient plan.

Les poumons possèdent 2 sortes de canaux :
ceux qui ^{amènent} ~~apportent~~ le sang et les autres
l'air.

L'air pénètre par les fosses nasales
puis il s'échauffe, traverse le pharynx,
la larynx, la trachée et les bronches.

La trachée est un canal situé entre
le larynx et les bronches, il a la forme
d'un tube cylindrique qui serait
aplatis à sa partie postérieure, elle est
composée d'anneaux cartilagineux.
elle commence au niveau de la 8^{me} vertèbre
cervicale et se termine au niveau de la
3^{me} dorsale.

La partie postérieure est en rapport avec
l'œsophage.

C'est au niveau de la 3^{me} vertèbre
dorsale que la trachée se bifurque.

pour former les 2 bronches : l'une droite et l'autre gauche ; la bronche droite est plus courte et plus volumineuse que la bronche gauche. elle se divise en 3 branches : supérieure, moyenne et inférieure, une pour chaque lobe. Les bronches se divisent et se subdivisent pour former des ramifications qui vont se rendre à tous les lobules pulmonaires.

Les lobules sont la réunion des alvéoles pulmonaires, les lobules forment des lobes qui à leur tour constituent le poumon lui-même. Cet organe a été comparé à un arbre, d'où le nom d'arbre aérien. Il y a 12 à 1800 lobules par poumon : 5 lobes pour le poumon droit, 4 pour le poumon gauche.

Poumons

Les poumons ont la forme d'une pyramide conique dont le sommet arrive à la clavicule et la base repose sur le diaphragme, ils sont situés dans la cage thoracique de chaque côté du cœur.

Ils sont entourés par une enveloppe serreuse la plèvre remplissant le même vol

Le péricarde pour le cœur.

La plèvre présente deux feuillets: un feuillet viscéral qui s'applique sur le poulmon et un feuillet pariétal qui tapisse la paroi du thorax.

Le glissement de ces feuillets dans les mouvements du poulmon est facilité par la présence d'un liquide visqueux peu abondant secrété par la plèvre et désigné sous le nom de liquide pleural.

Lorsqu'il y a inflammation de la plèvre et qu'il y a épanchement en grande quantité de ce liquide entre les feuillets, c'est ce qui constitue la pleurésie.

Vaisseaux sanguins - Ce sont les artères pulmonaires qui se divisent en capillaires formant les mailles qui tapissent les lobules. Ces vaisseaux occupent la plus grande partie du poulmon.

Il y a passage de 2000 litres de sang dans 24 heures, dans les poulmons. Ce sang revient au cœur gauche par les veines pulmonaires.

Il a été appelé par les branches pulmonaires sous l'influence du vide.

- Phénomènes chimiques -

Le sang venant du cœur droit arrive au niveau des alvéoles pulmonaires et se trouve au contact de l'air, il fait li un échange de gaz, le sang change de couleur et redevient rouge, rutilant.

L'air est formé de 3 parties: 1 oxygène l'azote et très peu d'acide carbonique. L'air qui rentre dans les poumons contient $\frac{21}{100}$ d'azote, $\frac{21}{100}$ d'oxygène et 0.0002 d'acide carbonique. L'air expiré contient $\frac{16}{100}$ d'azote, $\frac{18}{100}$ d'oxygène et $\frac{6}{100}$ d'acide carbonique.

Le sang noir est chargé d'acide carbonique impropre à la nutrition des tissus, c'est pour cela qu'il vient se décharger au niveau des poumons et se charge d'oxygène cet oxygène se fixe sur les globules rouges. En résumé, les phénomènes chimiques peuvent être compris dans cette formule: absorption d'oxygène et rejet d'acide carbonique.

- Appareil digestif -

Le tube digestif a été divisé en 2 parties: une sus-diaphragmatique et une sous-diaphragmatique.

Dans la partie sus-diaphragmatique on reconnait 3 parties principales: la bouche, le pharynx et le ~~petit~~ larynx.

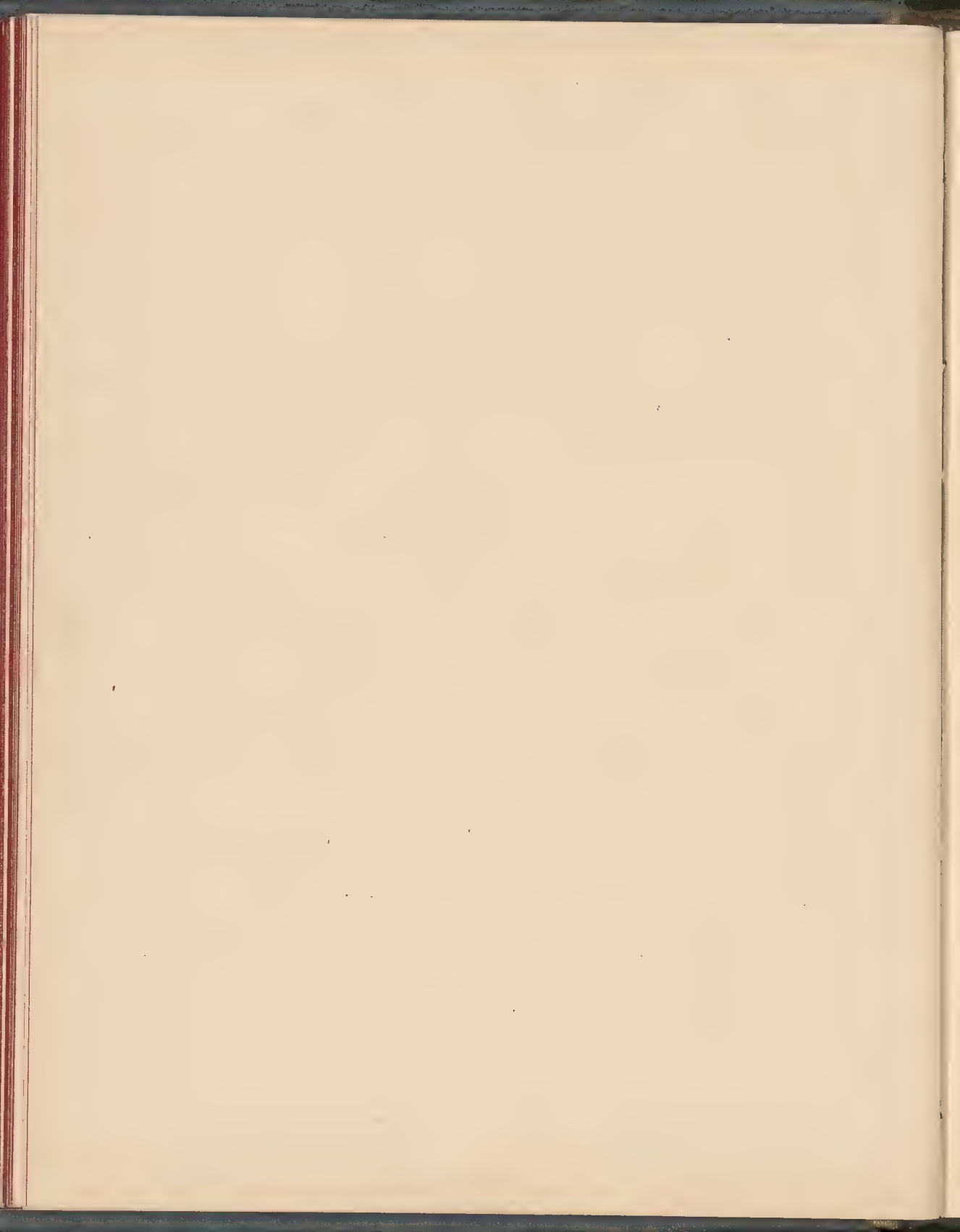
La bouche est cette cavité située à la partie supérieure du tube digestif.

Le squelette de la bouche est constitué par 2 parties: supérieure et inférieure; la partie supérieure comprend le maxillaire supérieur et les os palatins; la partie inférieure comprend le maxillaire inférieur et l'intérieur se trouvent des alvéoles qui supportent les dents.

Ces parties osseuses sont mobiles ~~et~~ ^{sauf} sur l'os maxillaire supérieur, le maxillaire supérieur est immobile.

Il y a des muscles qui servent à la mastication, le masséter et le temporal sont les principaux.

Puis il y a des parties molles qui



les parois ce sont : les lèvres mobiles, qui contiennent une grande quantité de muscles permettant d'ouvrir et de fermer la bouche, elle sont situées en avant de cette cavité, puis les joues sont situées sur les parties latérales. La voûte palatine est tapissée par une muqueuse et un épithélium, en arrière on voit le voile du palais et sur la ligne médiane la luette. De chaque côté de la luette on remarque 2 piliers entre lesquels se trouvent les amygdales.

L'isthme du gosier est cette partie restreinte.

La langue est une masse musculaire qui possède des mouvements en tous sens, elle est adhérente à sa base et présente un petit tubercule : l'épiglotte.

L'extrémité de la langue est libre et joue un très grand rôle pour les sons.

Glandes salivaires

(On entend par glande un organe produisant un produit de sécrétion ou d'excrétion. Dans l'intérieur de la glande se trouve une couche de cellules épithéliales, à l'intérieur on a des vaisseaux. On distingue plusieurs variétés de glandes: glande en tube et glande en grappe. c'est à dire formées de plusieurs culs de sac ou acini.

Les glandes salivaires sont: les parotides, les sous-linguales et les sous-maxillaires. La parotide située dans le voisinage de l'oreille possède un conduit excréteur venant s'ouvrir à la 2^{de} mâchoire c'est le canal de Stenon.

Les sous-maxillaires, glandes en grappe également, possède un conduit excréteur ou canal de Warthon.

Le liquide produit par ces glandes est différent suivant qu'il appartient à l'une ou à l'autre de ces glandes.

Le liquide se sécrète en grande abondance celui de la parotide est fluide, celui des autres glandes est visqueux, gras.

2^{me} parties du tube digestif, le pharynx
~~est~~ est un conduit musculo-membraneux
situé en arrière de la bouche, en avant
de la colonne vertébrale.

On lui décrit 3 régions : une supérieure,
moyenne et inférieure. La 1^{re} communique
avec les fosses nasales, la 2^{me} avec la cavité
buccale et la 3^{me} avec l'œsophage.

Il en résulte que l'air et les aliments
passent dans le pharynx ou vestibule
mais - - - façon différente - car les voies
digestives vont s'oblitérer pendant que l'air
passera - de même les voies aériennes s'obli-
tèreront pendant que les aliments passent.

L'œsophage est un long canal musculo-
membraneux situé sur la ligne médiane.
Desquand le long de la colonne vertébrale passe
par l'orifice du diaphragme - et se rend
à l'estomac. on l'a divisé en 3 régions :
une cervicale, une thoracique et une
abdominale, cette portion est très courte.
Les parois sont très molles, tapissées par
une muqueuse et se laissant facilement
distendre par le contenu.

Phénomènes mécaniques et chimiques

Les phénomènes chimiques se passent principalement dans la partie sous-diaphragmatique.

Les aliments de 2 variétés pénètrent dans le tube digestif ; les aliments solides et les aliments liquides.

La ~~pre~~ préhension se fait au moyen des lèvres. La mastication c'est-à-dire le broiement des aliments se fait par les dents, les joues et la langue refoulent ensuite les aliments vers les dents pour leur faire subir un second broiement.

Les aliments sont mélangés à la salive et forment une masse demi-liquide ou bol alimentaire.

La déglutition comprend 3 temps : 1^{er} temps, la langue appuyée sur les arcades dentaires par son extrémité libre, elle fait le gros dos et chasse le bol alimentaire vers l'isthme du gosier, puis il descend dans le pharynx.

Sous l'influence des muscles qui se contractent le pharynx se brève soulevé.

De bas en haut, en même temps le larynx se soulève également; le voile du palais se relève et obture en arrière l'ouverture des fosses-nasales; l'épiglotte s'abaisse et ferme l'ouverture supérieure du larynx; l'œsophage reste donc libre le 3^{me} temps comprend le passage des aliments de l'œsophage dans l'estomac.

Passage des aliments liquides

Quand l'adulte boit au verre, la pénétration du liquide se fait de la même manière que pour les aliments solides. L'enfant pour têter applique ses lèvres sur le sein et ferme en arrière ses fosses-nasales en relevant son voile du palais, les muscles de la langue vont se contracter, celle-ci se relève d'avant en arrière, fait le vide et entraîne le liquide, c'est-à-dire le lait contenu dans les canaux galactophores. Le lait ayant rempli la cavité buccale va franchir l'isthme du gosier, le pharynx et l'œsophage. Certains enfants ne peuvent être élevés au sein ne pouvant têter, par de fièvre, guérit de loup. Les enfants atteints de coryza têter difficilement, et si on ne leur donne pas de ces enfants, ils diminuent de poids.

Appareil digestif (suite)

La portion sous-diaphragmatique comprend:
l'estomac et l'intestin. L'intestin a été
divisé en 2 parties: l'intestin-grêle et
le gros intestin.

Les glandes annexées à la portion sous-diaphrag-
matique sont: le foie et le pancréas.

— Estomac —

L'estomac est une cavité ampulnaire - dans
laquelle s'accumulent les aliments, ils y
séjournent un certain temps pour y subir
la ^{modest} chymification.

Il a la forme d'une cornemuse

Il est placé au dessous du diaphragme, il
occupe l'hypochondre gauche et l'épigastre.

On lui étudie 2 faces, 2 bords et 2 extrémités.

La face antérieure est en rapport avec la
paroi abdominale antérieure. La face posté-
rieure est en rapport avec la colonne vertébrale.

Le bord supérieur présente une petite courbure
dont la concavité regarde en haut.

Le bord inférieur présente une grande courbure
à ~~concavité~~ convexité dirigée en bas et à gauche.

L'extrémité supérieure présente la grosse tubérosité.

L'extrémité inférieure, la petite tubérosité.

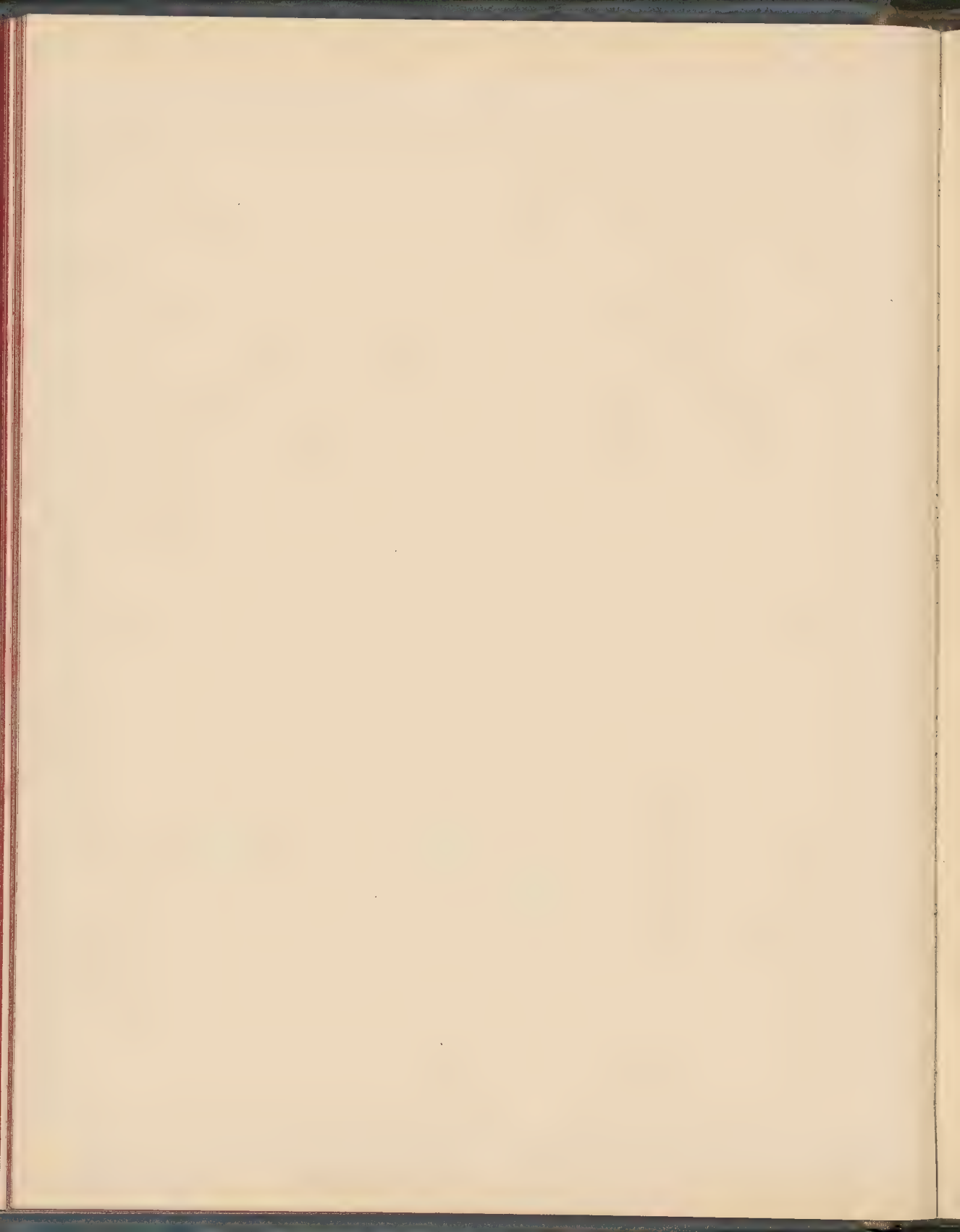
Ces 2 extrémités sont percées de deux orifices: l'orifice supérieur appelé cardia fait communiquer l'estomac avec l'œsophage. L'orifice inférieur ou pylore (portier) fait communiquer l'estomac avec l'intestin.

L'estomac se compose de 3 tuniques: une externe ou séreuse, une moyenne ou musculuse, une interne ou muqueuse.

La tunique externe est formée par le péritoine qui contient du liquide permettant les mouvements de l'organe.

La tunique moyenne est formée par 3 ordres de fibres: 1^{er} ordre ^{fibres} longitudinales 2^o ordre fibres transversales 3^o ordre fibres obliques.

La tunique interne est formée par une muqueuse recouverte d'un épithélium cylindrique. Cette muqueuse est séparée de la musculuse par une couche de



tissu cellulaire permettant le plissement de la muqueuse.

Cette muqueuse contient dans son épaisseur un certain nombre de glandes qui fournissent le suc gastrique et la pepsine qui aide aux fonctions de l'estomac. Autour de ces glandes cheminent des vaisseaux qui forment autour des orifices de véritables cercles, cette circulation est très active et favorise la sécrétion abondante du suc gastrique.

Intestin grêle

À l'estomac fait suite l'intestin grêle il est divisé en 3 parties : duodénum, jéjunum et iléon. Le duodénum à une direction horizontale, le jéjunum à une direction verticale, l'iléon portion la plus longue, a une direction horizontale.

L'intestin grêle mesure 8 mètres, il forme des circonvolutions.

Structure

Il présente 3 tuniques; une externe ou péritonéale, une moyenne ou musculaire, une interne ou muqueuse.

La tunique externe, après avoir recouvert l'intestin, les 2 feuillets péritonéaux

rennissent à la partie postérieure et
vont s'accoler à la colonne vertébrale,
(ces 2 feuillets sont appelés mésentère.)

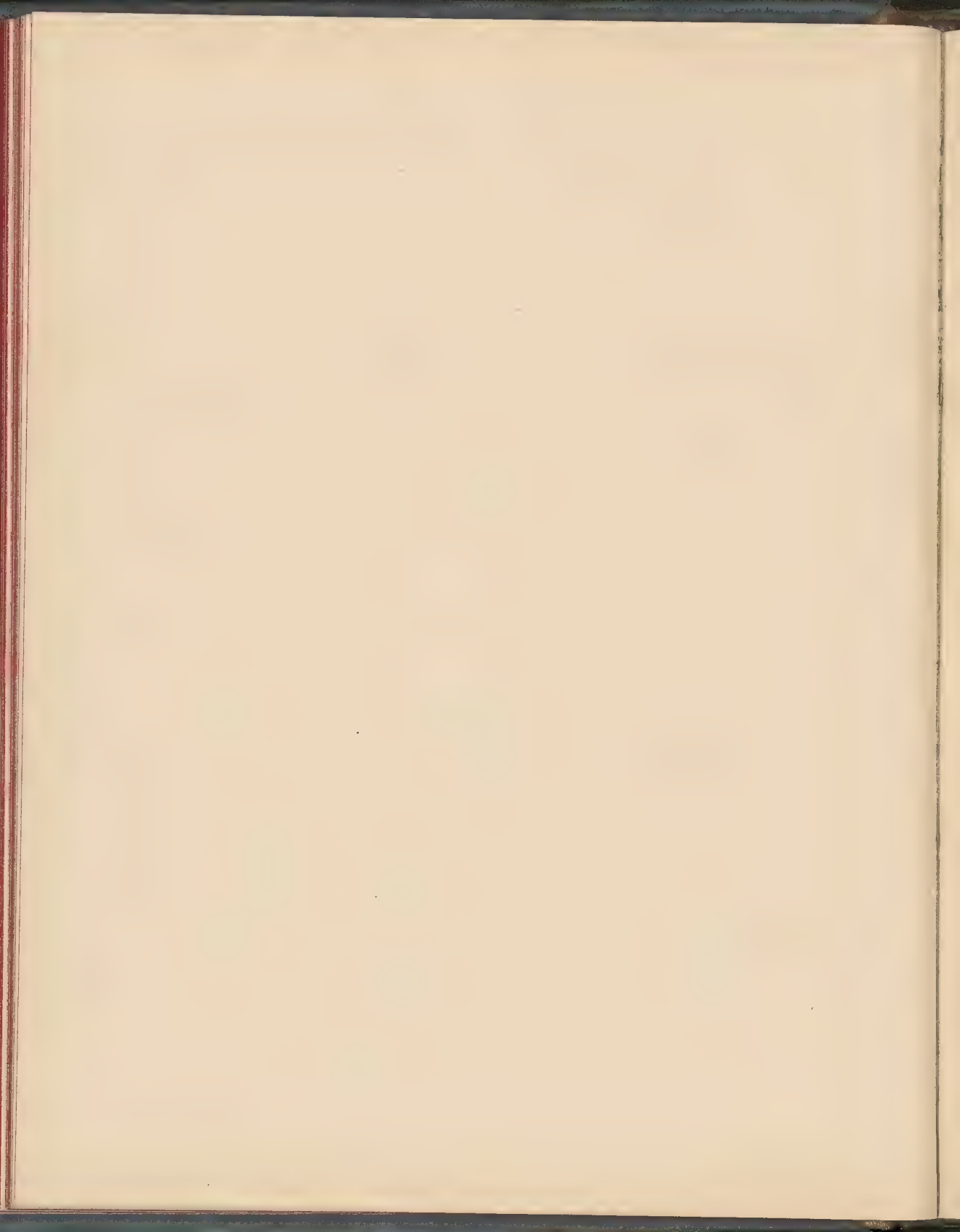
La tunique moyenne ou musculaire
comprend 2 couches: une de fibres longitudinales
et une de fibres circulaires.

La tunique interne ou muqueuse
forme un grand nombre de replis ou
valvules conniventes, sur ces dernières se
trouvent les villosités, qui ont une
forme conique ou arrondie, en forme de
massue.

Dans la villosité arrivent des vaisseaux:

1^o une artère qui se distribue dans la villosité
forme des capillaires artériels auxquels
font suite des capillaires veineux et
ensuite une veine. 2^o au centre de la villosité
passe un vaisseau lymphatique dans lequel
pénètrent les matières grasses pendant la
digestion, ce vaisseau prend naissance au
sommet de la villosité, et va se jeter
dans le canal thoracique.

Cette muqueuse contient aussi dans sa
épaisseur des glandes en tube et en grappe.



Gros intestin. A l'intestin grêle fait suite le
gros intestin ayant son origine où cæcum
à Droite. (Le gros intestin à 2 mètres de long.)
A la partie inférieure du cæcum se
trouve un petit prolongement appelé
appendice vermiculaire. où iléo-cæcale
où siège de nombreux accidents (typhoïdité)
L'intestin prend une marche ascendante
(colon ascendant) arrivé au niveau du
foie, il se replie se dirige transversalement
(colon transverse) il prend une marche
descendante. (colon descendant) au colon des-
cendant fait suite l'S iliaque (où colon iléo-
pelvien) et le rectum qui se termine par
l'anus.

A l'orifice qui fait communiquer l'intes-
tin grêle avec le cæcum on remarque une
valvule: valvule iléo-cæcale ou barrière
des apothécaires.

Structure. Il est formé de 3 tuniques: une séreuse,
une musculuse. et une muqueuse.
La tunique externe est formée par
le péritoine qui constitue en arrière
le mésocolon.

La tunique moyenne est formée de 2 plans de fibres: un plan de fibres longitudinales sous forme de bandes et un plan de fibres circulaires formant anneau. La muqueuse (ou tunique interne) ne possède pas de valvules connexes mais il y a des vaisseaux qui y pénètrent comme dans l'intestin grêle.

Artères

Artères - L'artère coronaire-stomachique va à l'estomac.

Les artères mésentériques supérieure et inférieure se rendent à l'intestin.

Et l'artère mésentérique fait suite. Les capillaires artériels puis les capillaires veineux puis ensuite les 2 veines mésentériques: la grande et la petite mésentériques qui arrivées au niveau du foie forme le tronc de la veine porte. Cette dernière pénètre dans le foie s'y distribue - en se divisant et se subdivisant puis vont se réunir pour former les veines sus-hépatiques qui se jettent ensuite dans la veine cave inférieure qui se rend dans l'oreillette droite.

Foie

Le foie est une énorme glande située dans l'abdomen. Il occupe l'hypochondre droit, une partie de l'épigastre et s'avance même jusque dans l'hypochondre gauche. Son poids est d'environ 1100 grs.

On lui étudie 2 faces: une supérieure convexe en rapport avec le diaphragme et une inférieure concave en rapport avec l'estomac et l'intestin. 2 bords: le bord antérieur en rapport avec la paroi abdominale, le bord postérieur en rapport avec la colonne vertébrale.

Constitution du foie - Il est formé par la réunion de lobules constitués eux-mêmes par un amas de cellules polygonales contenant un noyau à deux centres. Une branche de la veine porte va se distribuer dans le lobule hépatique pour former la veine centrale qui en se réunissant aux autres forment les veines sus-hépatiques qui se jettent dans la veine cave inférieure.

L'artère hépatique qui naît du tronc
cœliaque se rend au foie et apporte le
sang qui servira à la nutri-
tion des cellules hépatiques. Ces cellules
ont pour produit le liquide (la bile) qui
sera déversée dans les canalicules biliaires
et là dans la vésicule biliaire, puis
dans le canal cholédoque qui va déverser
la bile dans la 1^{re} portion du duodénum
au niveau de l'ampoule de Vater.

Expérience de Claude Bernard
Il démontra la fonction glycogénique du
foie c'est-à-dire qu'il examina le
sang avant de pénétrer dans cet organe
et n'y trouva rien de spécial, alors qu'il
en sort chargé.

Le foie a donc deux fonctions tout-à-fait
1^{re} il forme du sucre appelé substance glycogénique
2^{de} il forme la bile.

Le pancréas est un organe très important,
c'est une glande en grappe - située en arrière
en travers de la colonne vertébrale, il est
divisé en 3 portions: tête, corps et queue, il
sécrète un liquide le suc pancréatique, nécessaire
à la digestion, de la tête part le canal de Wirsung,
qui va déverser le suc pancréatique dans le duodénum.

- Phénomènes de la digestion -

Les phénomènes de la digestion ont été divisés en phénomènes mécaniques et phénomènes chimiques.

Les premiers se passent surtout dans la région sus-diaphragmatique et les phénomènes chimiques dans la partie sous-diaphragmatique. La contraction des fibres musculaires fait passer les aliments du cardia au pyllore.

Les aliments qui pénètrent dans le tube digestif sont liquides et solides. Les liquides sont directement absorbés puisqu'il n'y a pas de modifications subies, phénomènes d'osmose; mais il n'en est pas ainsi de ces substances alimentaires, car elles ne sont pas directement absorbées, de là 3 variétés: 1^o les féculents contenant du carbone, de l'hydrogène et de l'oxygène exemple: pain, légumes. 2^o les matières albuminoïdes, chair musculaire, viande, surtout le blanc d'œuf, mais dans ces cas on trouve en plus de ces matières de l'azote.

3^e variété d'aliments : matières grasses : huile
Beurre.

Portion des Diaphragmatiques. Les glandes
salivaires jouent un rôle chimique,
en effet, sous l'influence de la salive,
de la Diastase, les féculents sont ram-
enés en dextrine en glucose ou suc directe-
ment absorbable. Au niveau de l'estomac
les glandes sécrètent le suc gastrique en
très grande quantité : 6 kilos dans 24 h.
 $\frac{1}{10}$ du poids du corps ; ce suc gastrique est
acide, il contient de l'acide chlorhydrique
et la pepsine, c'est grâce à ce suc
gastrique qu'on observe les modifications
suivantes : ces matières azotées, albuminoïdes
se transforment en peptides et sont
absorbables, peuvent pénétrer directement
dans les vaisseaux.

Il est une substance, le lactose (présence)
ferment ayant la propriété de briser
la caséine et de coaguler le lait.

3^e variété. Les matières grasses ne sont
pas directement absorbables, mais par
suite de leur mélange avec la bile

(car cette dernière émulsionne les graisses. ces substances grasses se transforment en petites particules pouvant être absorbées. Le pancréas fournit le suc pancréatique qui transforme les albuminoïdes en peptones. il émulsionne les graisses; il a les mêmes propriétés que le suc gastrique et la bile.

L'absorption se fait par les vaisseaux sanguins; ceux-ci absorbent les peptones au niveau de l'intestin, ces matières absorbées se rendent dans la veine porte, dans le foie, passent par la veine porte hépatique se rendent ensuite dans la veine cave inférieure, qui elle va se jeter dans l'oreillette droite du cœur.

Les matières grasses se rendent dans les vaisseaux lymphatiques, arrivent dans les ganglions mésentériques, puis se jettent dans la citerne de Pecquet, remonte dans le canal thoracique, qui longe la colonne vertébrale, puis se jette dans la veine sous-clavière gauche et de là dans la veine cave supérieure qui se jette dans l'oreillette droite.

Comment se fait la combustion
Le corps a une température qui oscille
autour de 37° et quelque soit la
température extérieure celle du corps
reste à 37°

La chaleur animale est produite dans
le corps humain, dans les 24 heures on produit
3000 calories. Si les combustions sont normales,
la température reste à 37° .
cas de combustions, fièvre, température
du corps 38° , 39° , si les combustions sont
moindres, ne se passe pas d'abais-
sement de température

Le travail manuel et intellectuel nécessite
une grande nutrition, celle-ci se produit
par suite de l'absorption des aliments.

M^r le professeur Budin à
recommence ses cours le 3. 8. 1896

Accouchement

Définition

On désigne sous le nom d'accouchement l'expulsion ou l'extraction de l'enfant arrivé à une époque où le fœtus est viable.

C'est l'expulsion ou l'extraction par laquelle l'accouchement peut être spontané ou artificiel.

Dans l'accouchement il y a 2 parties : l'accouchement proprement dit et la délivrance c'est-à-dire la sortie de l'arrière-faix, arrivé à une époque à laquelle le fœtus est viable.

Si l'enfant naît avant le 180^e jour il y a avortement.

Si l'enfant naît du 180^e au 240^e jour on dit qu'il y a accouchement prématuré.

Si l'accouchement a lieu aux environs du 240^e jour on dit qu'il est à terme. L'accouchement est dit retardé s'il survient après le 240^e jour.

Viability du fœtus

Légalement, l'enfant est considéré comme viable à partir du 180^e jour.

Si une femme accouche 180^e jours après le mariage l'enfant est légalement du mari.

Si la date du mariage remonte à moins de 180 j. le mari peut refuser de reconnaître l'enfant.

La durée de la grossesse est de 270 à 280 jours en moyenne, mais on ne peut pas préciser l'époque à laquelle l'accouchement aura lieu. La fécondation se faisant de 11 à 13 jours après l'insémination.

La loi accorde à la grossesse une durée maximum de 300 jours. Lorsque une femme accouche moins de 300 j. après la mort ou le départ de son mari, l'enfant est reconnu légitime. Si elle accouche après 300 jours, la paternité est niée.

Accouchement proprement dit. A une époque déterminée de la grossesse la femme accouche.

Causes

On a beaucoup discuté au sujet des causes déterminant l'accouchement; on les a rapportées au fœtus et à la mère.

Fœtus

Les anciens auteurs croyaient à la sortie volontaire de l'enfant. Pour eux celui-ci prenait point d'appui par les pieds sur le fond de l'utérus exerçant avec sa tête des pressions sur le col de l'utérus et sur le

vagin. Ainsi on pensait que les garçons plus forts que les filles sortaient plus facilement. Enfin pour expliquer pourquoi le fœtus voulait sortir, ces anciens auteurs invoquaient le besoin qu'il avait de respirer à l'air libre et le manque de nourriture dans l'intérieur de la matrice.

Mère

Du côté de la mère on a la contraction utérine laquelle s'appuie au phénomène de l'effort. Ceci n'est pas indispensable puisque des femmes paraplégiques ont pu accoucher spontanément.

Causes de la contraction utérine à terme

Les uns ont prétendu que la femme accouchait à terme parce que l'utérus est à ce moment - la distendu à son maximum. L'hydro-amnios et la grossesse gémellaire amenant l'accouchement prématuré - semblent prouver cette théorie...

Théorie ovarique Cylen. Smith. Sous l'influence de la 18^e ovulation par suite des phénomènes conjugués de l'ovulation et de la gestation. L'ovule du col contre le corps - il y a un orifice interne du col ce qui par suite...

Du Développement de l'utérus (pas exacte)
ce col devrait céder petit à petit, mais cette
opinion n'est pas admissible puisqu'il
conserve toute sa longueur jusqu'à la fin de
la grossesse.

Chénier de Pover - Irritation de la cavité cervicale. - La partie
fœtale ~~appuyant~~ appuyant sur le col
amènerait par action reflexe des contrac-
tions sur le ~~et~~ corps.

Brown Séguat - Il invoque la théorie de l'acide carboni-
que, le sang séjournant dans les sinus
chargé de cette acide carbonique, amènerait
la contraction ^{des fibres,} musculaires.

Simpson - Il dit que la muqueuse utérine subit
la dégénérescence fibre-graisseuse et qu'ainsi
le corps étranger s'en est expulsé.

M^{re} Carnier - Il dit qu'aucune de ces causes seules ne
peuvent déterminer l'accouchement et que
toutes agissent simultanément.

Arissène - Au temps fixé, la femme accouche
par la grâce de Dieu. On ne sait donc
pas pourquoi la femme accouche.

S^t Cyr - Au temps fixé par la sagesse qui régit
la nature, la femme accouche.

Phénomènes de l'accouchement.

- 1^o { Phénomènes précurseurs.
- 2^o { Phénomènes physiologiques.
- 3^o { Phénomènes ~~principaux~~ ^{principaux}.

Phénomènes
précurseurs

Dans les derniers temps de la grossesse on voit le ventre s'abaisser, s'affaisser, la digestion se fait mieux, la respiration est plus facile. A la fin de la grossesse on voit survenir des contractions utérines annonçant l'engagement de la partie fœtale; ainsi une partie de la cavité abdominale est libre, mais on voit de la compression du côté des organes du petit bassin.

Certaines femmes éprouvent aussi des douleurs lombaires, abdominales, surtout chez les primipares, elles peuvent survenir 10 à 15 jours avant l'accouchement; elles apparaissent le soir, la nuit, et disparaissent aussitôt. Quelques unes n'ont aucune douleur, et le travail débute subitement.

Phénomènes physiologiques —

- 1^o { Contraction utérine.
- 2^o { Phénomène de l'effort.

La contraction utérine existe pendant la grossesse mais elle n'est pas douloureuse. En plaçant la main sur l'utérus on le sent se durcir, c'est un signe de grande valeur pour reconnaître une jeune grossesse en cas de doute. Braxton-Hicks
(Étudié par Depaul et Braxton-Hicks)
— Caractères de la contraction utérine —

- 1° { Lentes.
- 2° { Involontaires.
- 3° { Intermittentes.
- 4° { Douloureuses.

Lentes

La contraction des fibres musculaires ~~l'est~~ est lente.

Elle se produit de la partie inférieure vers la partie supérieure de l'utérus. Dans la contraction on étudie 3 périodes :

- 1° { D'augment.
- 2° { D'état.
- 3° { De déclin.

La période d'augment est longue, d'état peu, de déclin moins.

Durée 30 à 40 secondes quelquefois plus, variable selon les femmes et le moment

Du travail.

Involontaires

Elles peuvent survenir sous l'influence de phénomènes réflexes, mais elles sont indépendantes de la volonté de la femme.

Intermittentes

Au début du travail elles surviennent toutes les 30 minutes puis un peu plus rapprochées jusqu'à se reproduire toutes les 10 minutes. Cette intermittence permet aux parties génitales de se distendre progressivement; du côté de l'enfant elle permet à la circulation fœto-placentaire de se faire mieux, car elle s'arrête au moment de la contraction, et les contractions tétaniques de l'utérus amènent la mort de l'enfant.

Douloureuses

Pendant la grossesse elles se font peu mais le deviennent au moment du travail. La douleur est très variable suivant les femmes; quelques-unes ont des douleurs extrêmement violentes, ont du délire. D'autres au contraire souffrent peu ou pas du tout, accouchent sans s'en apercevoir; en dormant; en allant à la garde-robe. En Allemagne: Il est des femmes qu'on appelle: penseuses d'enfants (elles accouchent dans la rue sans douleurs).

Quelques femmes ont des contractions très puissantes sans douleurs. D'autres au contraire peu puissantes, très douloureuses. La douleur commence après la contraction et finit avant elle; on peut le constater par le palper, et par le toucher si la poche d'écoulement est pas rompue. La contraction et la douleur étant intimement unies, sont différentes en réalité.

Les douleurs ont des caractères différents suivant la période du travail.

1^{re} Les premières ont été appelées mouches, elles sont de peu d'intensité; elles sont ensuite plus longues, sont alors appelées écouvantes, enervantes, celles-ci précèdent de peu l'accouchement.

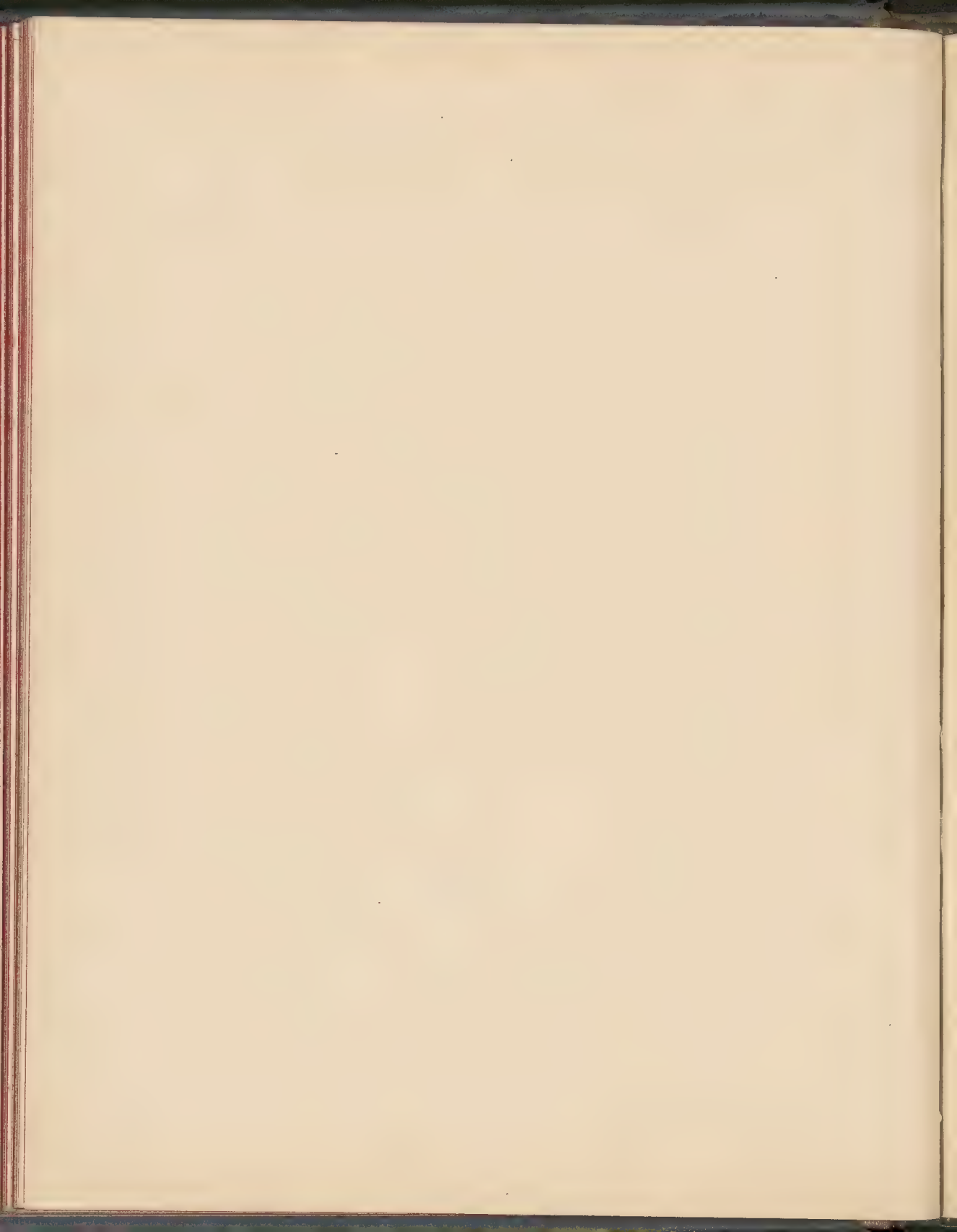
3^{re} Les douleurs sont ensuite dites: expulsives.

4^{re} La femme pousse un cri particulier, la partie fœtale est expulsée; elles sont alors dites congnoussantes.

La contraction utérine est le phénomène principal déterminant l'accouchement.

Lorsque l'utérus se contracte il y a une
pression.

On a eu recours à de différents moyens, les uns
directs, les autres indirects. On a remarqué,
les membranes étant intactes la dilatation
étant complète, on n'a eu que la contraction
la poche des eaux se rompt, le fœtus
se trouve expulsé en 10 à 15 contractions.
Pour savoir la force de la contraction on a
posé un instrument appelé manomètre
sur la surface de l'utérus. Cet inst-
ment on applique un morceau de mem-
branes on exerce une certaine pression pour
déterminer la rupture de ces membranes;
on regarde à quel hauteur s'est élevé le
mercure, on a ainsi la puissance de la
contraction. Matthews Duncan a dit qu'on
pourrait mesurer directement la force
d'un ballon rempli de liquide; la contraction
survenant, le liquide monte dans le tube
du manomètre, on peut ainsi se rendre
compte de la force de la contraction.



Schat à employé le tocodynamomètre
Poulet le tocopographe.

Messieurs Reibemont et Solailon ont
fait aussi usage d'un instrument analog.

M^r Reibemont 10 kgs. 300

M^r Solailon 10 ... 800

Point à la contraction utérine, le phé-
nomène de l'effort.

— Phénomène de l'effort —

À un moment donné les cordes vocales
se rapprochent, la glotte s'abaisse, les
poumons sont remplis d'air.

Le phénomène de l'effort comprend
3 temps.

1^{er} temps — L'air pénètre, inspiration
profonde, occlusion de la glotte.

2^e temps — Les muscles de la paroi abdomi-
nale se contractent, l'air tend
à s'échapper mais la glotte s'y
oppose, il y a immobilisation de
l'air.

3^e temps — Expulsion. Si la glotte
reste fermée un des orifices s'ouvre, le
rectum pour la défécation.

pour la miction ; l'orifice vulvaire
pour l'accouchement.

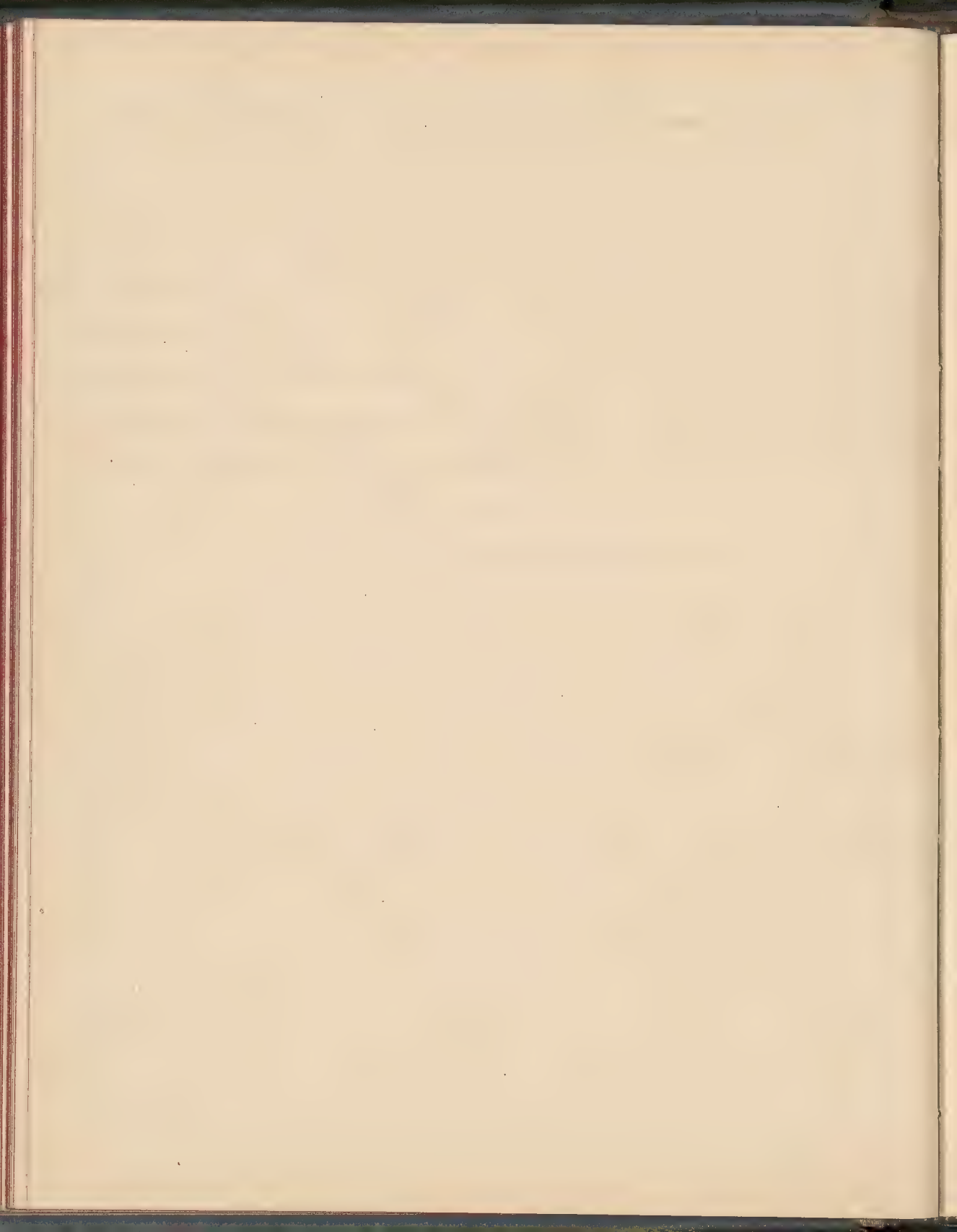
On a essayé d'évaluer la puissance de
l'effort en dehors de la puissance de
la contraction, pour cela on a introduit
un ballon dans le rectum. L'effort
et la contraction combinés peuvent
arriver à 24 et même 30 kgrs.

Pour Matthews Duncan, cela ne
dépasserait pas 30 kgrs.

— Effets produits par la — contraction utérine

Sur le corps

Du côté du corps de l'utérus son dia-
mètre transversal diminue sous l'influe-
nce des contractions, mais en revanche
on voit augmenter le diamètre antéro-
postérieur, l'antérieur devenant globuleux.
Le diamètre vertical ne change pas
malgré l'engagement de la partie
fœtale, au contraire il s'agrandit.



— Modifications survenant sous —

L'influence des contractions utérines

Sur le col. On les trouvera différentes chez les primipares et chez la multipare...

1^o Effacement du col.

2^o Dilatation de l'orifice utérin.

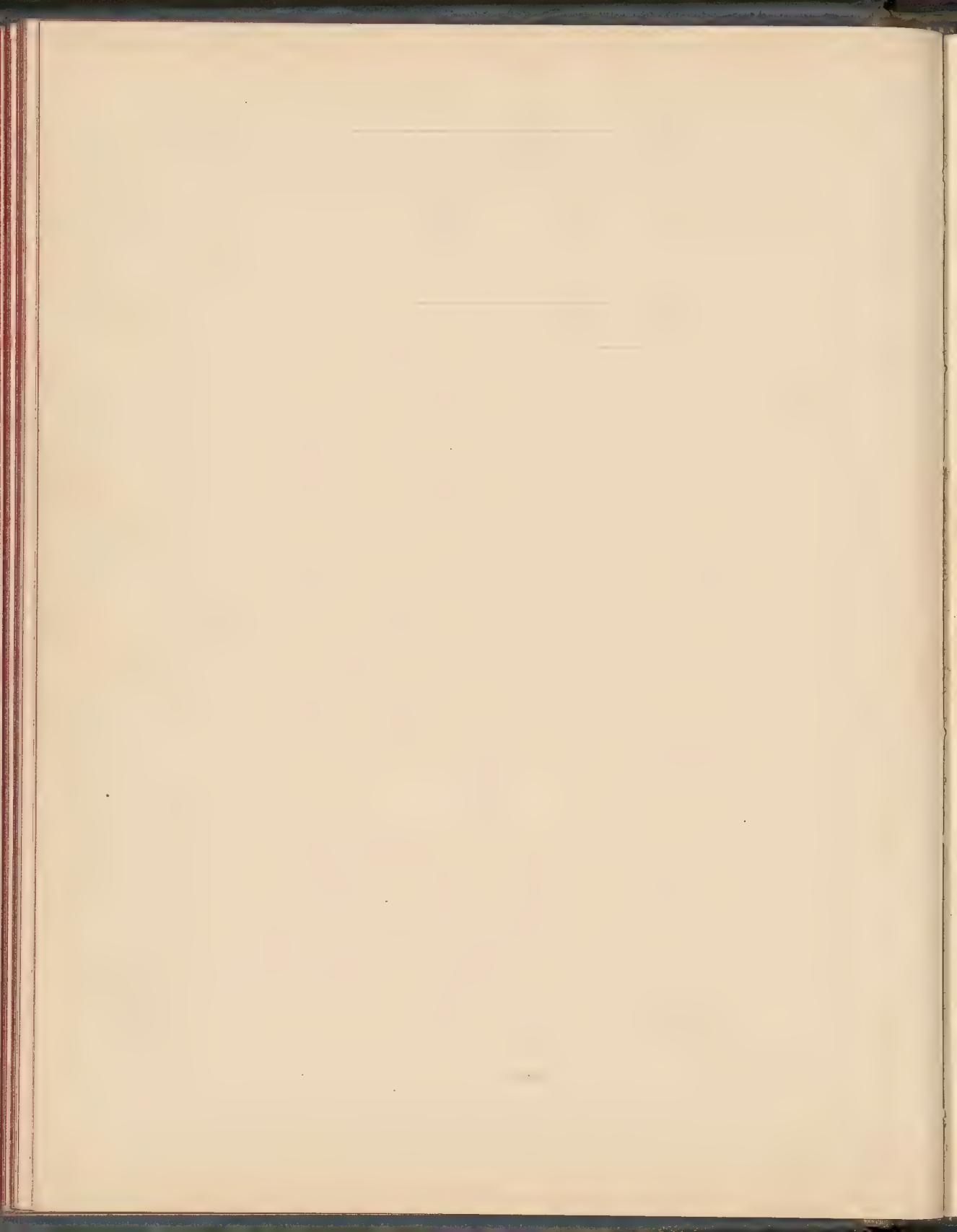
Ces 2 phénomènes se succèdent.

Sous l'influence des contractions utérines le col diminue de longueur, il finit par disparaître complètement, l'insertion du vagin se trouve donc rapprochée du globe utérin.

Les contractions utérines continuant, le col continue à s'effacer, cet effacement se fait de haut en bas, de l'orifice interne vers l'orifice externe. On a donc une cavité unique cervico-utérine.

Les anciens auteurs (M^{re} Pajot) disaient que l'effacement du col se faisait de bas en haut.

Le phénomène qui fait penser que le col s'efface est le coulement des glaires qui sont le résultat de la sécrétion des glandes caliciformes, ces glaires se sont accumulées pendant la grossesse dans l'intérieur.



cavité cervicale se trouvent forcées et
chassées dans le vagin au fur et à mesure
que la dilatation a lieu. Les glaires
sont blanchâtres, quelquefois jaunâtres et
peuvent être sanguinolentes par suite
d'un décollement des membranes, signe que
le travail avance.

Ut la période d'effacement succède la
période de dilatation qui se fait à une
vitesse régulière, progressive.

Autrefois on se servait de pièces de mon-
naie pour évaluer le degré de dilatation
mais aujourd'hui on évalue en centimètres.

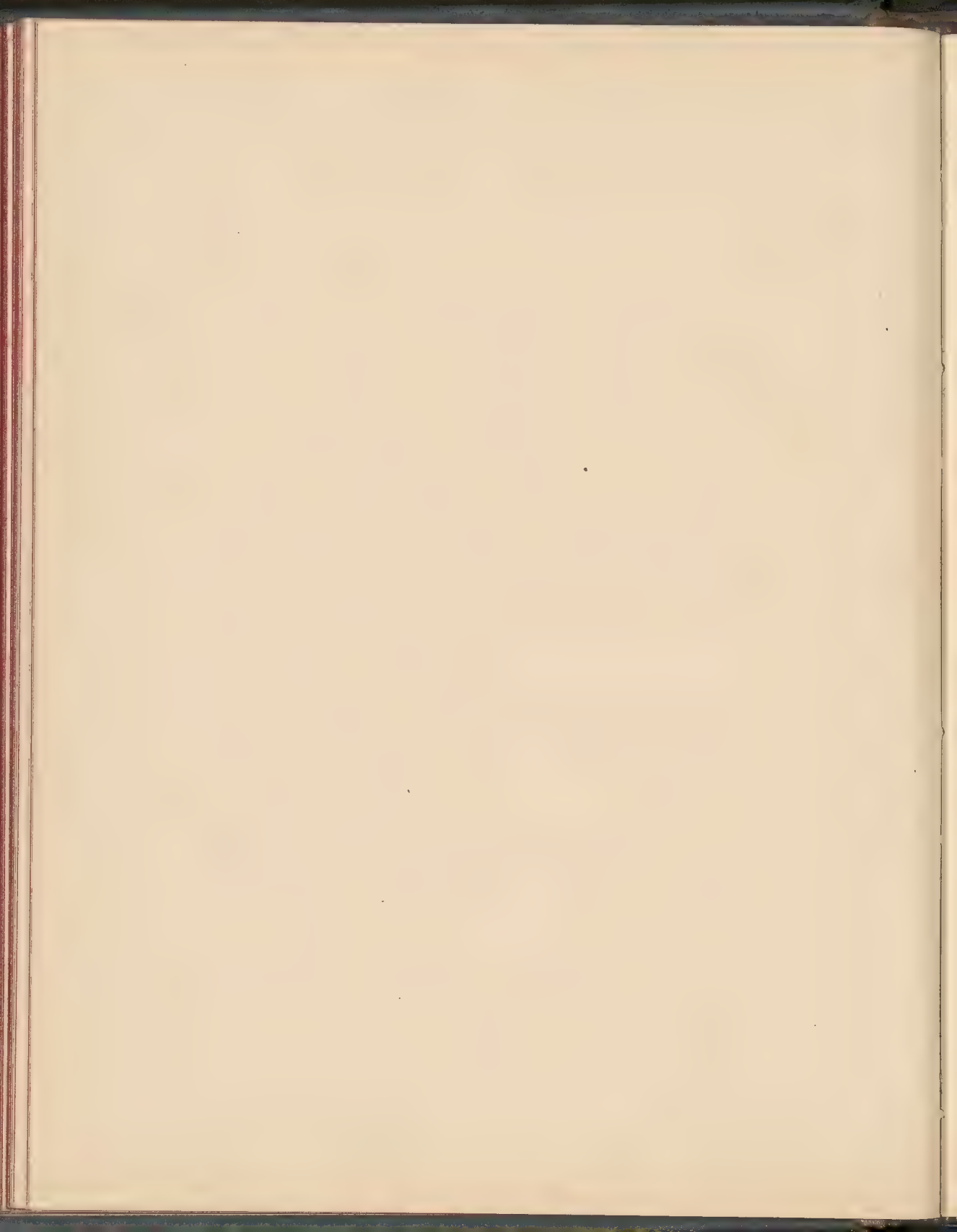
Degré de dilatation (plus pratique)

La dilatation est complète lorsque l'orifice
utérin est dilaté de 10 à 11 centimètres.

Il faut encore tenir compte de l'épaisseur
des bords de l'orifice. La dilatation se complète
plus vite, si les bords de l'orifice sont
minces.

Le col de la multipare a une disposition
différente de celui de la primipare.

Le col, au lieu d'avoir la forme d'un
canal cylindrique, a la forme d'un



entouré d'un cordon, il est avec le jupon
l'orifice interne, le doigt peut pénétrer
et arriver sur les membranes, ce qui peut
induire en erreur et laisser croire à
une dilatation ~~complète~~ alors que le
col n'est pas complètement effacé.
Il faut donc explorer l'orifice car quel-
quefois on peut avoir un certain degré
de dilatation, alors qu'il reste un gros
bourrelet formé par le col. Il y a donc
effacement partiel et dilatation qui
commence.

Il faut donc tenir compte de l'épaisseur
du pourtour de cet orifice.

La durée de l'effacement et de la dilata-
tion est variable suivant les femmes.

La période d'effacement est généralement
très longue, cependant chez certaines femmes
cet effacement se fait sous l'influence
de contractions indolores, et elles ne s'en
aperçoivent pas.

La période de dilatation est plus longue
jusqu'à 10 cm, la moitié c'est-à-dire
jusqu'à 5 ou 6 centimètres.

Les fibres longitudinales de l'utérus se continuent sur les parois vaginales; ces fibres musculaires en se contractant entraînent l'utérus et le force à s'avancer. Lorsqu'on pratique le toucher, le doigt arrive sur l'orifice externe, puis dans le canal cervical, franchit l'orifice interne au-dessus de cet orifice on arrive sur une surface lisse qui est le segment inférieur très riche en fibres élastiques et peu en fibres musculaires, au-dessus du segment inférieur on trouve l'anneau de Brant faisant une légère saillie à l'intérieur & cet anneau est formé par les fibres musculaires très puissantes.

Si donc une femme est en travail depuis long temps et que l'on ait à faire à une présentation vicieuse: épaule; hydrocéphalie; tête volumineuse avec bassin considérablement rétréci. Les fibres musculaires se contractant entraînent l'avancement et l'allongement du segment inférieur. Le segment inférieur très aminci cède et il se produit une rupture utérine.

On comprend alors pourquoi les présentations vicieuses sont si dangereuses lorsqu'elles sont abandonnées à elles-mêmes.

Il est donc important de faire le diagnostic de présentation de l'épaulé, hydrocéphale et bassin rétréci.

En cas d'accouchement prématuré : on scelle l'introduction de ballon pour amener la dilatation.

M^{re} le professeur Baudin n'est pas partisan de l'emploi de ces ballons, parcequ'ils n'ont aucune influence sur l'anneau de Bandl.

— Poche des eaux —

L'œuf aide à l'effacement et à la dilatation du col. Ce sont les membranes qui viennent faire saillie dans le col.

Sous l'influence des contractions, le liquide amniotique - refoulé de haut en bas finit par forcer le col, les membranes s'insinuent. La poche des eaux est donc formée pendant le travail, elle s'insinue dans l'intérieur du col et joue le rôle d'
cône

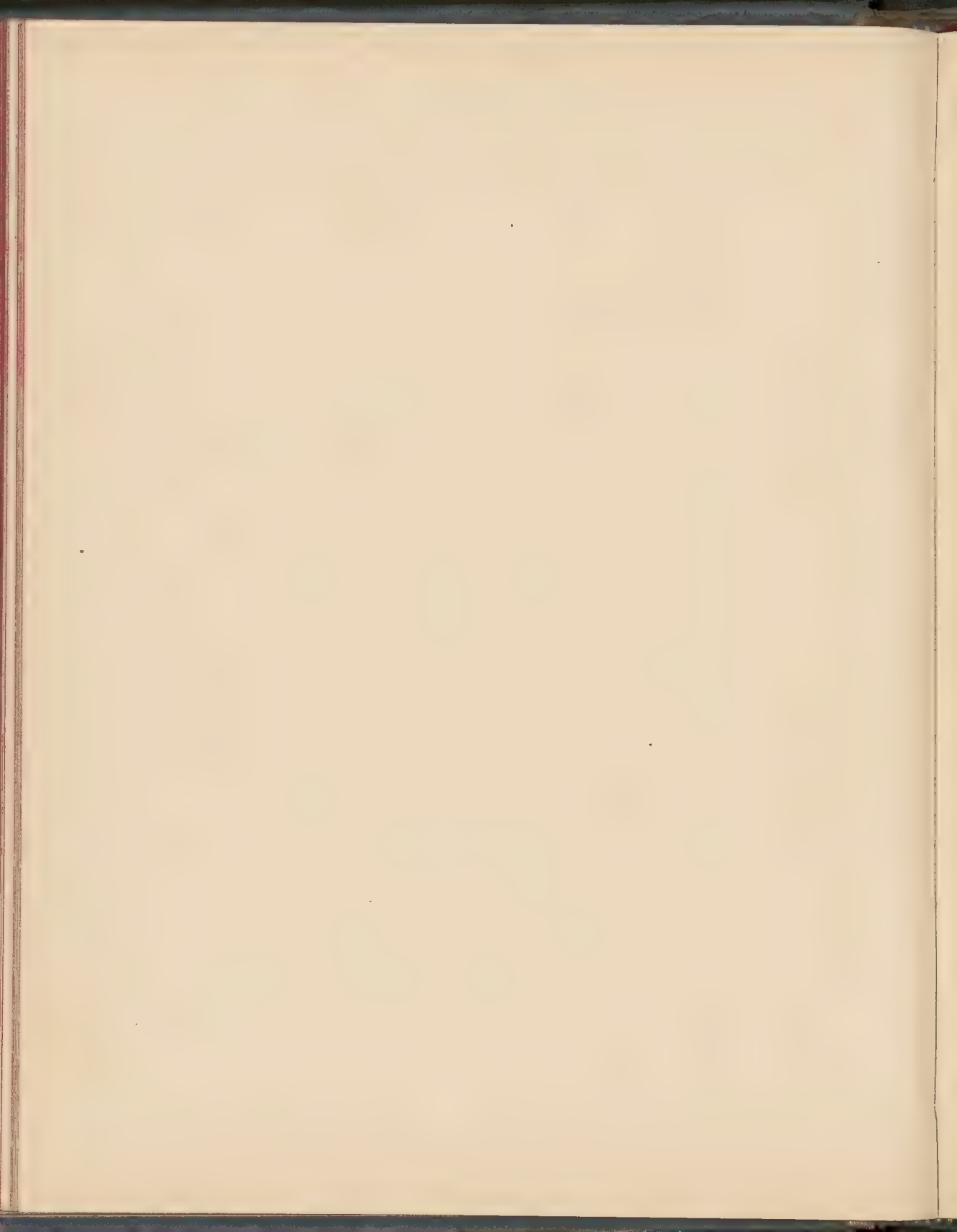
La poche d'eau a une grande importance
puisque elle aide à l'effacement et à
la dilatation, en outre, elle protège le
fœtus.

Si les membranes sont intactes le cordon se
peut être comprimé il est donc très impor-
tant de garder l'intégrité des membranes.
Si on pratique le forceps pendant la
contraction on se fait bomber les membranes,
elles sont résistantes et très tendues, mais
dans l'intervalle des contractions elles
sont molles, dépressibles, en déplaçant
le liquide on arrive sur une partie
fœtale, dure, résistante; on l'évalue ainsi
si la poche des eaux est volumineuse
ou plate.

La poche des eaux plate coïncide
presque toujours avec une présentation
du sommet.

La poche des eaux volumineuse coïncide
avec une présentation vicieuse.

On doit se rendre compte du volume de
la poche des eaux que dans l'intervalle
des contractions, car pendant la contrac-



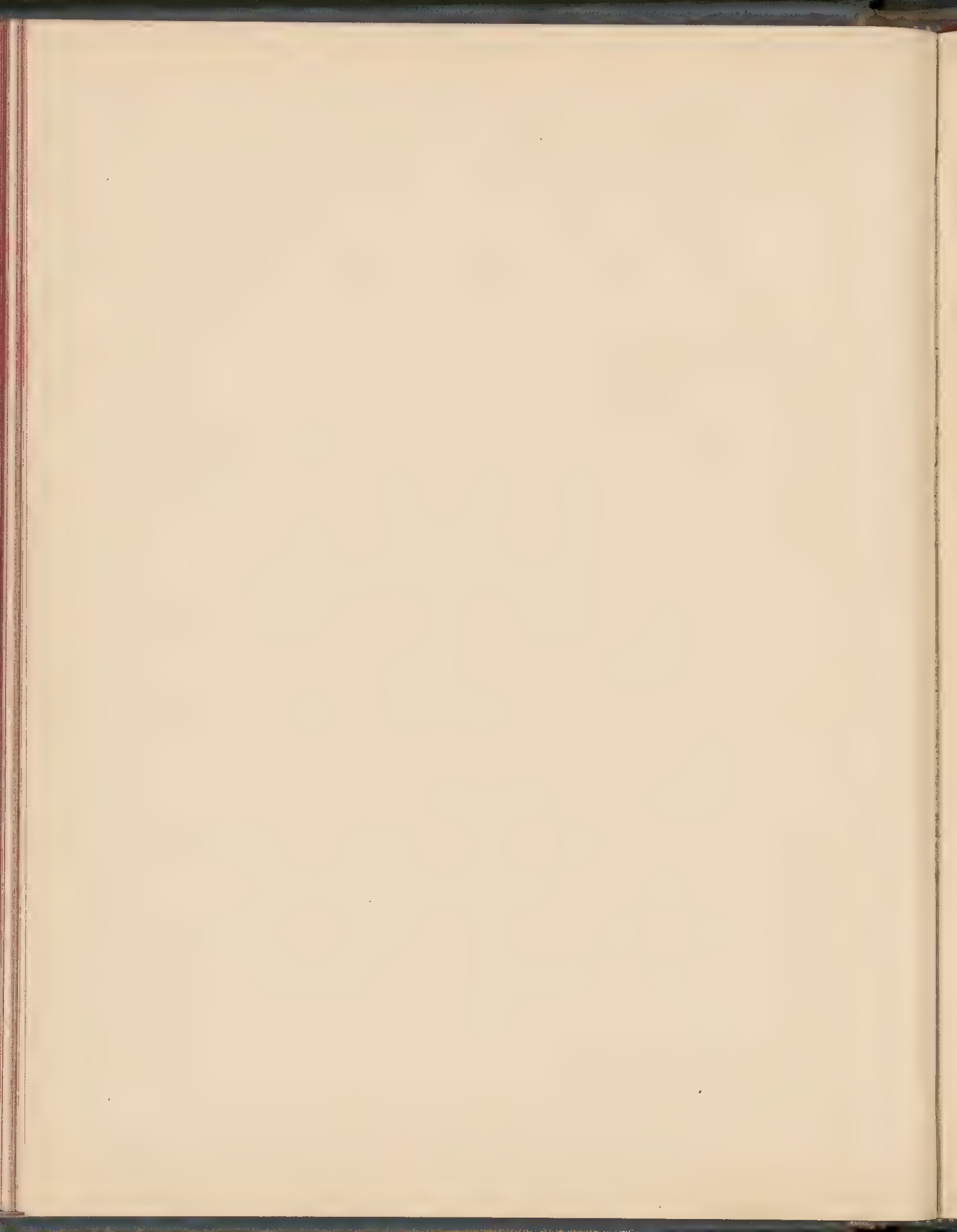
ou s'expose à la rupture.
La poche des eaux est plate, ou sphérique,
cylindrique ou en boudin, et a 8 Le. chiffre.
Dans la présentation du sommet protru-
dant s'engage dans l'excavation, la
poche des eaux est plate, elle contient
peu de liquide, au moment d'une ex-
traction, la tête s'applique sur l'orifice
utérin et empêche le passage du liquide.
On a une poche des eaux sphérique à
en boudin lorsque la partie fœtale est
irrégulière et ne s'applique pas sur
l'orifice utérin, ces irrégularités permettent
au liquide de s'écouler, de la formation d'une
poche d'eau volumineuse. La observe
dans les présentations de la face, du siège,
de l'épaule, hydrocéphalie, bassin rebelle
ou normal avec tête volumineuse.
Donc, toutes les fois qu'on a une poche
des eaux volumineuse, on ne recherche
quel en est la cause.

La poche des eaux en boudin ou en
sauf de chiffre coïncide avec un
fœtus mort et macéré, le liquide amniotique

étant résorbé, peut induire en erreur,
et on peut croire à une dilatation simple.
Toutes les fois que l'on se trouve en
présence d'une poche de sang en tissu
il ne faut pas en conclure qu'on a
un fœtus mort et macéré, car on
peut rencontrer cette forme avec un
enfant vivant, les membranes étant
très extensibles et pleines de liquide.
Les membranes sont donc plus minces
et plus élastiques et possèdent encore une
autre propriété: celle de laisser
transsuder le liquide.

Il arrive quelquefois pendant la pratique
de la poche, de trouver les membranes
minces, épaisses, ou bien d'être denses
et minces, c'est surtout lorsque le placenta
est inséré non loin de l'orifice
utérin, sur le segment inférieur.
(On doit soupçonner un placenta précoce
alors même qu'il n'y a eu aucune
hémorragie.)

Dans certains cas, il y a rupture prématurée
des membranes, cette rupture se produit
sous l'influence de l'infirmité.



En général, les membranes se rompent
et nous souvenant à la dilatation complète
(ou doivent se rompre), cette rupture se
fait le plus souvent silencieusement sans
bruit. Dans les cas normaux le liquide est
incoloré ou légèrement jaunâtre, son aspect
est comparable à celle qui se répand
lorsqu'on rase un os. Dans le liquide amniotique
on trouve de l'enduit sébacé et
à l'examen microscopique: des petits grains.
Le liquide amniotique ne présente pas
toujours cette coloration, dans certains cas il
est verdâtre, coloration due au méconium
qui s'y trouve mélangé.

Cela indique que l'enfant souffre ou a
souffert d'une épidémie, plus ou moins
grave.

Dans d'autres cas la coloration est rosée
et qui indique que l'enfant a succombé
au bout de 4 à 5 jours. L'épiderme se
détache, il se forme des phlictenes
remplies d'un liquide blanc et dans
une matière colorante du sang, on
peut voir les phlictenes.

et s'écoule. en rose le liquide amniotique.
Après les membranes se rompent, la
déchirure peut se faire de différentes
manières, le plus habituellement elle se
fait suivant une ligne en forme de
sauterelle; dans d'autres cas, elle se
fait en plusieurs endroits, la déchirure se
fait en forme de sautoir.

Après la formation de la déchirure, est circonscrite
une portion des membranes se trouvant
à l'entrée du vagin, la tête du fœtus s'engage
l'enfant naît coiffé.

Parfois il s'écoule du liquide amniotique
la poche des eaux est rompue, en
pratiquant le toucher. au moment
d'une contraction. la poche des eaux
lombée, c'est qu'elle s'est rompue
au-dessus de l'orifice utérin en pratiquant
le toucher. minutieusement on se rend
compte que cette poche des eaux est mince
tendue et plus dépressible. s'écoulent
du liquide amniotique. le fœtus, dans ce
cas, d'un placenta utérin.

Il arrive parfois que le liquide transude à
travers l'annéid et s'écoule à l'extérieur. Le
liquide amniotique s'accumule entre
ces deux membranes. Il y a formation
d'une poche amnio-choriale, cette
poche amnio-choriale se compose de
l'annéid en excès, c'est-à-dire qui
s'écoule à l'extérieur. Dans la poche
amnio-choriale. Dans ce cas le liquide qui s'écoule
ne contient pas d'embryon. (Une poche
amnio-choriale on sent la poche des eaux
qui tombe.) En faisant l'examen à l'utérus
on sent l'embryon et la poche amnio-choriale.

On peut enfoncer la poche des eaux
avec la tige de la sonde. car ce
dernier se tend au moment de la
contraction et la saillie amnio-choriale
peut être prise pour la poche des eaux.
Caractères distinctifs - Dans la poche
amnio-choriale la poche des eaux est
plus tendue et l'embryon est plus
saillant. On a pas avec
la tige de la sonde. Après la
contraction le liquide amniotique s'écoule.

refoulées. Quelque fois le diagnostic est
très difficile. En cas de doute mieux vaut
s'abstenir que de se presser. On ne pressera pas la
poche des eaux, mais le cuir chevelu.
On peut encore confondre la poche des
eaux avec le kystes inférieurs très
amincis, dilatation suriforme avec dilata-
tion de l'orifice utérin. Sur tout
observée chez les primipares. On lors-
qu'on a un orifice petit.

Quelque soit la dilatation on devra
toujours trouver un bourrelet formé
par la partie inférieure du col.
Il est d'autre cas encore où on croira
à une dilatation complète, lorsque l'écou-
lement de l'orifice utérin. Dans
ce cas on doit aussi rechercher le bou-
relet formé par le col.

Les membranes se rompent spontanément
à la dilatation complète, quelque fois
prématurément.

Si on est obligée de la rompre on est auto-
risée à le faire qu'à la dilatation complète
il faut que la partie fœtale soit profondé-
ment engagée.

En général on pratique la résection. Des membranes
avec l'extrémité de l'index, au moment
d'une contraction de poche. Des eaux tombe
on gratte avec l'ongle, les membranes se
rompent et le liquide s'écoule.
Dans certains cas les membranes étant très
résistantes on ne peut parvenir à les
rompre avec l'ongle, on a conseillé de se
servir : du perforateur des membranes : pointe
d'os montée sur une tige en salicorne.
(Services hospitaliers.) D'autrefois on a recours
à une plume d'oie taillée en pointe
où a un cure dent. Le procédé le plus
simple consiste en l'emploi d'une alga
nette taillée en pointe.
L'un de ces instruments bien aseptisés est
placé entre 2 doigts et mis en contact
avec les membranes, au moment d'une
contraction viennent à rompre.

- Accouchement -

Lorsque la dilatation est complète sous l'influence des contractions utérines la tête franchit l'orifice utérin descend dans le vagin puis arrive dans l'excavation pelvienne au niveau du détroit moyen. Les épineuses sciatiques forment une saillie plus ou moins prononcée, à ce niveau les muscles et les aponévroses du plancher périnéal. La tête

Sous l'influence des contractions la tête repousse en bas et en dehors les fibres musculaires de l'ischio-coccygien et du releveur de l'anus, en arrière, il repousse le coccyx, le plancher pelvien cède et laisse passer la partie fœtale.

Peu à peu le périnée tombe, de plat il devient convexe; la distance qui sépare l'anus de la commissure postérieure de la vulve s'allonge considérablement jusqu'à mesure que l'on a non seulement un allongement du périnée, mais encore une augmentation dans le sens transverse

Sous l'influence de cette distension l'orifice
anal s'ouvre, l'orifice vulvaire s'entrouvre
et l'on aperçoit le cuir chevelu.
on croit alors que l'accouchement est ter-
miné, la tête apparaît à chaque
contraction puis remonte ensuite. (période
de désespoir pour la sage-femme.)

Enfin la tête reparait couverte de sang
et l'accouchement va se terminer en 3
contractions, car la tête venant buter
sur l'orifice vaginal, a fini par triompher
de sa résistance.

Primipare

Chez les primipares il y a résistance de
la planche périnéale et de l'orifice vulvaire
qui font que l'accouchement est beaucoup
plus long que chez les multipares.

Chez les multipares on a toujours la
résistance de la planche périnéale mais
on a plus celle de l'orifice vulvaire
cette résistance est quelque fois très
grande et on ne peut arriver à la
vaine ; dans ces cas on a recours à
~~l'opération~~ on a la section de l'orifice

Après la sortie du fœtus, sous l'influence
des contractions utérines la délivrance se
produit.

Le travail de l'accouchement à une durée
très variable.

Chez la primipare la durée est en moyenne
de 8 à 10 heures.

Chez les multipares : 6 ou 8 heures seulement.
C'est la période d'effacement et la 1^{re}
partie de dilatation qui est la plus longue.
La période d'expulsion est courte chez
les multipares : cette expulsion se fait en
2 ou 3 contractions.

Chez la primipare elle est beaucoup
plus longue, sa durée est en moyenne
de 2 à 3 heures.

— Des présentations — positions — et variétés de positions

Toutes les fois que l'extrémité céphalique
fléchie vient, se mettre en rapport
avec le point le plus étroit du bassin
on dit qu'il y a présentation du sommet.

Causes favorisant cette présentation

Les anciens auteurs - l'invoquent le poids spécifique de la tête de l'enfant; d'autres l'instinct; aujourd'hui on sait que l'accommodation céphalique seule est la cause de la présentation du sommet, car toute les fois qu'elle n'existe pas pour une cause quelconque, on voit se produire des présentations vicieuses.

Pour chaque présentations on a 2 positions: une droite, une gauche.

Pour étudier les positions on a divisé le bassin en 2 moitiés par une ligne antéro - postérieure.

Toute les fois que l'occiput se trouve en rapport avec la moitié droite - il y a une position droite. Avec la moitié gauche: une position gauche.

Mais outre les positions on a établi des variétés de positions.

Pour cela on a divisé chaque moitié du bassin en 2 parties par une ligne transversale:

Si l'occiput regarde en arrière vers la
symphyse pubienne, on a une
variété postérieure.

Si au contraire il regarde l'éminence
ilio-pectinée, on a une variété antérieure.

Si il est en rapport avec la partie
moyenne de la ligne innominée, c'est
à dire à l'aboutissant de la ligne
transversale on a une variété moyenne.

Deux autres variétés (très rares :) variétés
latérales, variété pubienne. Ces deux
variétés s'observent pendant le travail
dans les basses rétroci.

Diagnostic de la présentation du — sommet —

Par l'interrogatoire quand tout est normal
on apprend que la respiration est plus
facile par suite de l'abaissement de la
ventre, les femmes se sentent mieux, mais
elles disent étouffer. Les phénomènes de
compression du côté des organes du petit
bassin; anxiété plus fréquente d'urine,
constipation. Les femmes sentent toujours
remuer au même point, point d'attouchement.

vers le fond de l'utérus: un peu à droite
si c'est une position gauche, à gauche
si c'est une position droite.

L'utérus forme une masse à grand
axe dirigé de haut en bas, le plus
souvent incliné à droite, plus rarement
à gauche.

Avec l'extrémité des doigts on se sent
pénêtrer dans l'excavation, celle-ci étant
remplie par la tête; partie fœtale
dure, résistante. Au niveau du fond de
l'utérus on trouve une autre partie fœtale
irrégulière plus dépressible, c'est le siège,
puis réunissant ces deux parties fœtales
on trouve une surface plane qui est
le dos.

Pour les variétés de position, le palper
en peut fournir tous les renseignements.
En palpant au niveau de l'excavation
d'un côté on trouvera une saillie
c'est le front, du côté opposé on aura
l'occiput, si on ne peut pas bien
apprécier le dos, on appliquera la
main sur le fond de l'utérus, c'est

Que

Palper

au niveau du siège. On fait tout, sur lequel on exerce une pression en haut en bas, le dos faisant une saillie en avant sera plus facile à apprécier. Du côté opposé au dos, on trouvera les premiers membres flottant dans l'liquide amniotique.

Si on a à faire à une variété antérieure il faudra aller chercher le front en arrière, si on a à faire à une variété postérieure on trouvera le front en avant.

Dans certains cas la tête n'étant pas visible on trouve le front et l'occiput sur le même plan, on ira alors à la recherche du dos, et on pourra ainsi établir la position et la variété de position. Dans d'autres cas la partie fœtale étant très engagée on ne peut apprécier les caractères du front. On fait alors le diagnostic par la saillie de l'épaule. Dans ce cas on peut aussi faire une erreur de diagnostic en prenant les épaules pour une présentation au siège. X

Salpêtr.

Pendant la grossesse lorsque l'enfant à acquis un certain développement on perçoit avec le stéthoscope les bruits du cœur fœtal que l'on distinguera de ceux de la mère transmis par l'aorte; ceux-ci sont isochrones au pouls de la mère.

Chez le fœtus les poumons sont à l'état de lœtatie, ils ne fonctionnent pas, leur tissu est semblable au tissu hépatique. Les organes transmettent les bruits du cœur.

C'est donc sur la partie antérieure latérale gauche qu'ils se font le mieux percevoir. On les entendra à égale distance de l'extrémité céphalique et de l'extrémité inférieure. M. le Dr. Richermond Deshayes a fait l'auscultation de fœtus et a constaté ce fait, contrairement à ce que croyaient les anciens auteurs et en particulier Dehaen.

Quand la partie fœtale est profondément engagée, les bruits du cœur sont perçus au-dessous de l'ombilic, quand la partie fœtale n'est pas engagée, ils sont perçus au-dessus de l'ombilic. (Rétrécissement du bassin; hydrocéphalie.)

C. T. G. A. - Les bruits du cœur se ont toujours en avant et à gauche sur une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure.

C. T. G. P. Les bruits du cœur sont plus affaiblis à percevoir, car ils se trouvent très au-dessous on devra faire coucher la femme sur le côté droit et on entendra les bruits du cœur à gauche et en vis-à-vis sur une ligne qui va de l'ombilic à l'épine iliaque postérieure et supérieure.

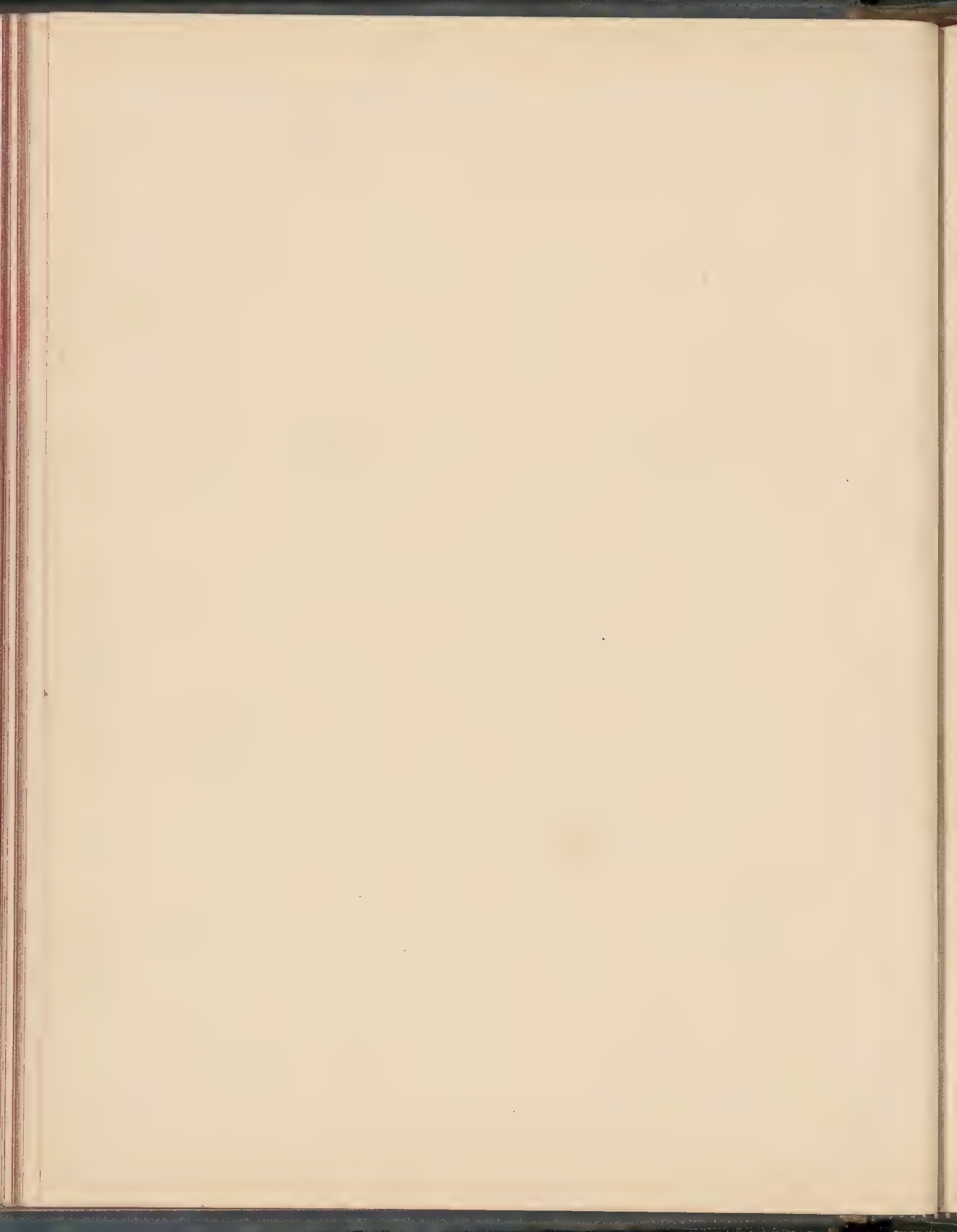
C. T. G. P. Les bruits du cœur se ont toujours droite et en avant, le plus latérale gauche répondant à droite.

C. T. G. A. Le maximum sera toujours sur la ligne médiane, peut être même un peu à gauche de la ligne médiane.

Autrefois les anciens auteurs se servaient de l'auscultation pour établir les variétés de positions disant que les battements étaient transmis sur le côté gauche, aussi disaient-ils que les D. A. étaient plus fréquentes que les D. G. ce qui est une erreur.

Couche

Dernière la base utérine on trouve une
partie dure, dure, osseuse présentant les
caractères de la tête mais ce n'est qu'un
moment de la dilatation qu'on pourra étudier
quel est la présentation et la position.
Pour le sommet on a les sutures sagittales
fronto-pariétale puis la suture occipito-pariétale
à côté de ces sutures on a les fontanelles
nommées de deux : la fontanelle antérieure est
membraneuse de forme losangique la fontanelle
postérieure est triangulaire.
Si avec la pulpe de l'index on explore
attentivement on trouvera les tronçons de sutures
La fontanelle postérieure n'est pas à proprement
parler une fontanelle car il n'y a pas
d'espace membraneux, on a plutôt l'illusion
d'une fontanelle, quand la tête est engagée
a subi des modifications, la pointe de
l'occiput glisse sous les pariétaux.
Toute les fois que pratiquant la touche
on arrive sur une surface osseuse présente
des sutures et des fontanelles on peut dire
qu'il y a présentation de l'extrémité céphalique
telle qu'elle doit fléchir ou s'écarter.



car on peut rencontrer la fontanelle antérieure
dans la présentation de la face : cette fonta-
nelle n'est donc pas la caractéristique
présentation du sommet il faudra donc chercher
la fontanelle postérieure et les sutures qui y
aboutissent.

Dans une présentation du sommet en G. O.
on trouvera la suture sagittale parallèle au
diamètre oblique gauche, la fontanelle post.
en avant et à gauche, la fontanelle ant.
en arrière et à droite.

Dans une présentation du sommet en L. P.
la suture sagittale sera parallèle au diamètre
oblique gauche, mais la fontanelle postérieure
sera en arrière et à droite, la fontanelle ant.
en avant et à gauche.

Dans une présentation du sommet en G. P.
la suture sagittale sera dans le diamètre oblique
droit, la fontanelle post.^{re} en arrière et à
gauche, la fontanelle ant.^{re} en avant et à droite.
G. O. fontanelle post.^{re} en avant et à gauche
fontanelle ant.^{re} en arrière et à droite.

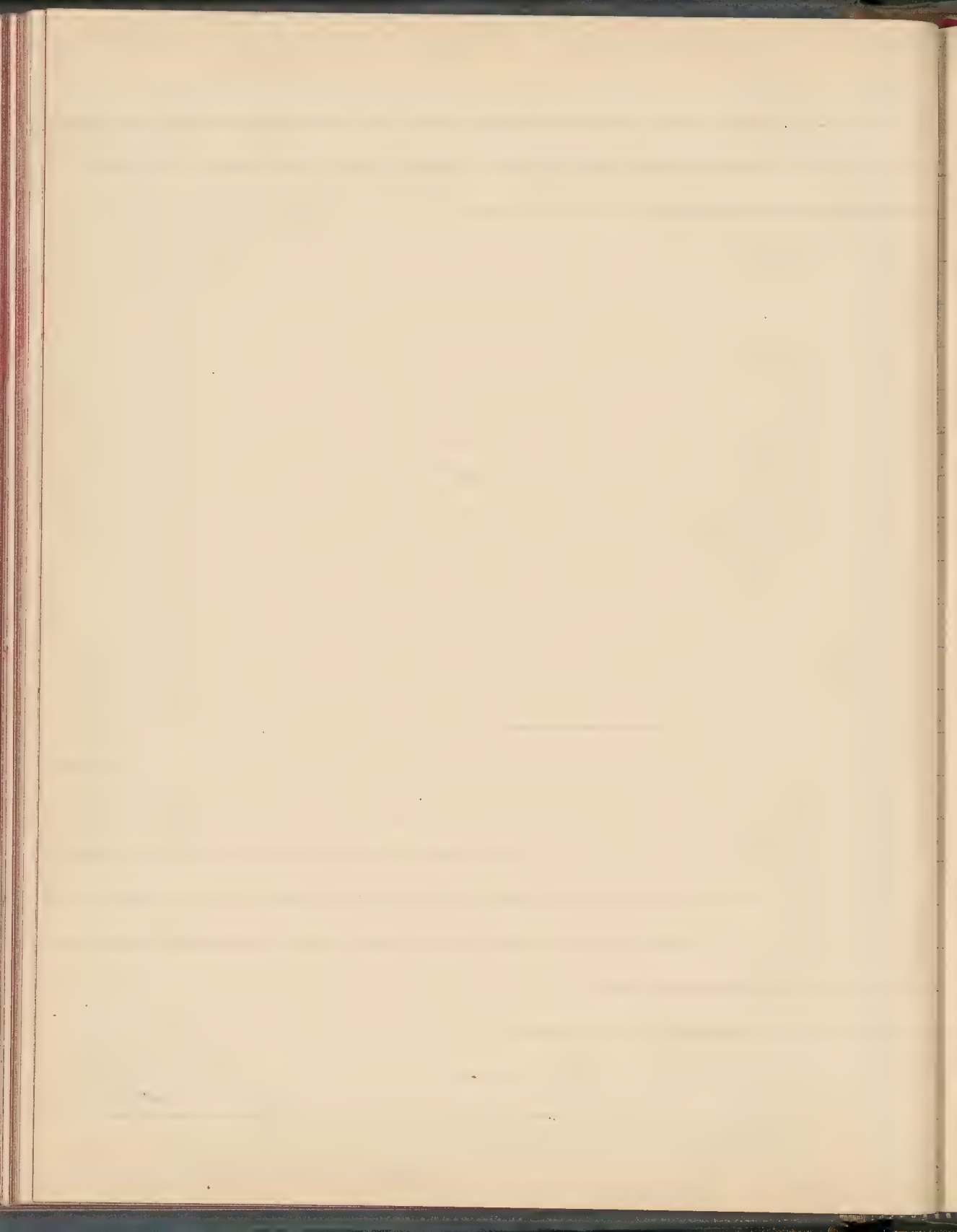
L. O. la suture sagittale dans le diamètre
oblique droit. fontanelle post.^{re} en arrière et à droite
fontanelle ant.^{re} en avant et à gauche.

Sous l'influence des contractions utérines le frontal antérieur peut s'enfoncer, - peut prendre la fontanelle antérieure - pour la fontanelle postérieure, on devra donc toujours se rendre compte du nombre de sutures pour éviter les erreurs.

Les causes d'erreurs peuvent être due à une bosse séro-sanguine - à un manque d'ossification ou à des fontanelles supplémentaires. La bosse séro-sanguine a une coloration violacée, elle se forme au niveau de l'orifice utérin. La tête venant appuyer sur l'orifice utérin, une contraction survenant, par suite du manque de liquide la partie correspondante à l'orifice aura à subir une pression moins considérable.

La bosse séro-sanguine - peut encore se former lorsque la partie postérieure de l'excavation sur la partie correspondant à la se trouvant entre les deux branches ischio-pubiennes.

Chez les primipares la bosse séro-sanguine peut se former à la vulve; on peut confondre une bosse séro-sanguine avec la tumeur.



Les sutures et les fontanelles peuvent être masquées par la masse séreuse sanguine, mais en pratiquant un toucher plus étendu, en introduisant le doigt plus profondément on va à la rencontre des sutures ou de l'oreille, la convexité de l'oreille indiquera où se trouve l'occiput.

— Suite —

Il arrive parfois que sur la tête du fœtus en dehors des 2 fontanelles antérieure et postérieure il en existent des supplémentaires siégeant sur la voûte du crâne : causes d'erreur.

Il peut en exister une non loin de l'occiput de la suture sagittale (fontanelle sagittale) sur le ~~bas~~ niveau du bord interne des parietaux. C'est dans le tissu fibreux primitif qu'il voit se déposer dans tous les sens des lamelles osseuses, hors, il arrive parfois que le tissu osseux a incomplètement envahi le pariétal et sur le trajet d'une suture on sent à une certaine membrane ressemblant à la fontanelle postérieure.

On évitera les erreurs non pas par la fontanelle mais par les sutures aboutissant à cet

espace membranacé. S'il n'y a que deux sutures on aura à faire une fontanelle supplémentaire.

Dans quelques cas il arrive qu'il y a non seulement un manque d'ossification, mais deux, et la réunion de ces deux triangles forme un espace losangique donnant la même sensation que la fontanelle antérieure, mais on sait que la caractéristique des fontanelles est le nombre de tronçons.

D'autrefois le diagnostic est rendu difficile par suite d'un manque d'ossification existant en un point quelconque de l'os, c'est du tissu fibreux qui n'est pas envahi par du tissu osseux; au toucher on percevra une sensation particulière semblable à celle qui serait fournie par une plaque de métal très mince ou une feuille de parchemin, c'est ce qu'on a appelé la crépitation parcheminée. (Dans ce cas il faut aller à la recherche de l'oreille.)

Présentation du sommet en G. R.

Palpes -

Partie fœtale plus ou moins engagée, saillie de côté droit et en arrière, c'est le front.

L'occiput est à gauche et en avant. à gauche surface plane régulière - fournie par le dos.

Auscultation Maximum des B. D. C. sur une ligne allant de l'épine iliaque antérieure supérieure à l'ombilic.

Palper C. T. G. P. région frontale très accessible. côté gauche saillie plus marquée. le dos à droite, dirigé en arrière.

Auscultation B. D. C. un peu en avant et à droite.

Palper C. T. G. P. Saillie du front en avant et à droite, le dos à gauche et en arrière.

Auscultation B. D. C. à gauche très en arrière - difficile à percevoir.

Phénomènes mécaniques de l'accouchement

Pour phénomènes mécaniques on entend l'ensemble des différents mouvements qu'exécute le fœtus pour traverser la filière pelvienne. Dans l'utérus, le fœtus est en état de flexion complète. il présente deux parties importantes: la tête et le tronc. Le plus grand diamètre de la tête mesure 13c. à 13c. 1/2.

et celui du tronc : bi-acromial 13c. très variable. Il y a une grande mobilité entre la tête et le tronc.

Du côté du bassin les dimensions des différents diamètres ne sont pas toutes les mêmes les uns sont plus petits que les autres, du fœtus.

— Mécanisme. Dans les O.T.G.R. —

On a remarqué qu'il y avait 2 accouchements successifs : 1^{er} pour la tête l'autre pour le tronc, le mécanisme de celui-ci

accouchement de la tête est absolument comparable aux premiers.

1^{er} temps. Sous l'influence des contractions utérines le fœtus se trouvant comprimé de toutes parts se pelotonne et les différentes parties se rassemblent on obtient ainsi une réduction.

Dans certains diamètres, la tête se fléchit et au diamètre C. M. succède le diamètre O. F. ensuite le diamètre S. O. B.

2nd temps. Descente de la tête. Elle descend jusqu'à sous le plancher pelvien.

3rd temps. Rotation interne de la tête. L'occiput vient en avant et se place en O. P. Le sous-occiput se met en rapport avec la symphyse

- 1^{er} temps Dégagement de la tête. Elle se dégage suivant ses diamètres sous-occipito-bregma-tique frontal et mentonnier.
- Accouché du tronc. Comprend 4 temps.
- 1^{er} temps. Pelotonnement. Toutes les parties molles de la tête.
- 2nd temps Descente ou engagement. Le tronc descend dans l'excavation et arrive au niveau du plancher pelvien.
- 3^{me} temps Rotation interne des épaules. L'épaule antérieure se met sous la symphyse pubienne.
- 4^{me} temps Dégagement. Le tronc ainsi que les membres inférieurs sont expulsés.
- En général il y a 6 temps pour l'accouchement.
- 1^{er} temps. Pelotonnement.
 - 2nd temps. Descente ou engagement.
 - 3rd temps. Rotation interne de la tête.
 - 4th temps. Dégagement de la tête.
 - 5th temps. Rotation externe de la tête et int. des épaules.
 - 6th temps. Dégagement du tronc.
- Si on examine l'ensemble des mouvements qui s'accomplissent on voit qu'il y a 2 variétés:
- 1^{re} des mouvements de Descente 2nd des petits mouvements s'opérant sur place: flexion, rotation, etc., etc.

- Mécanisme de l'accouchement -

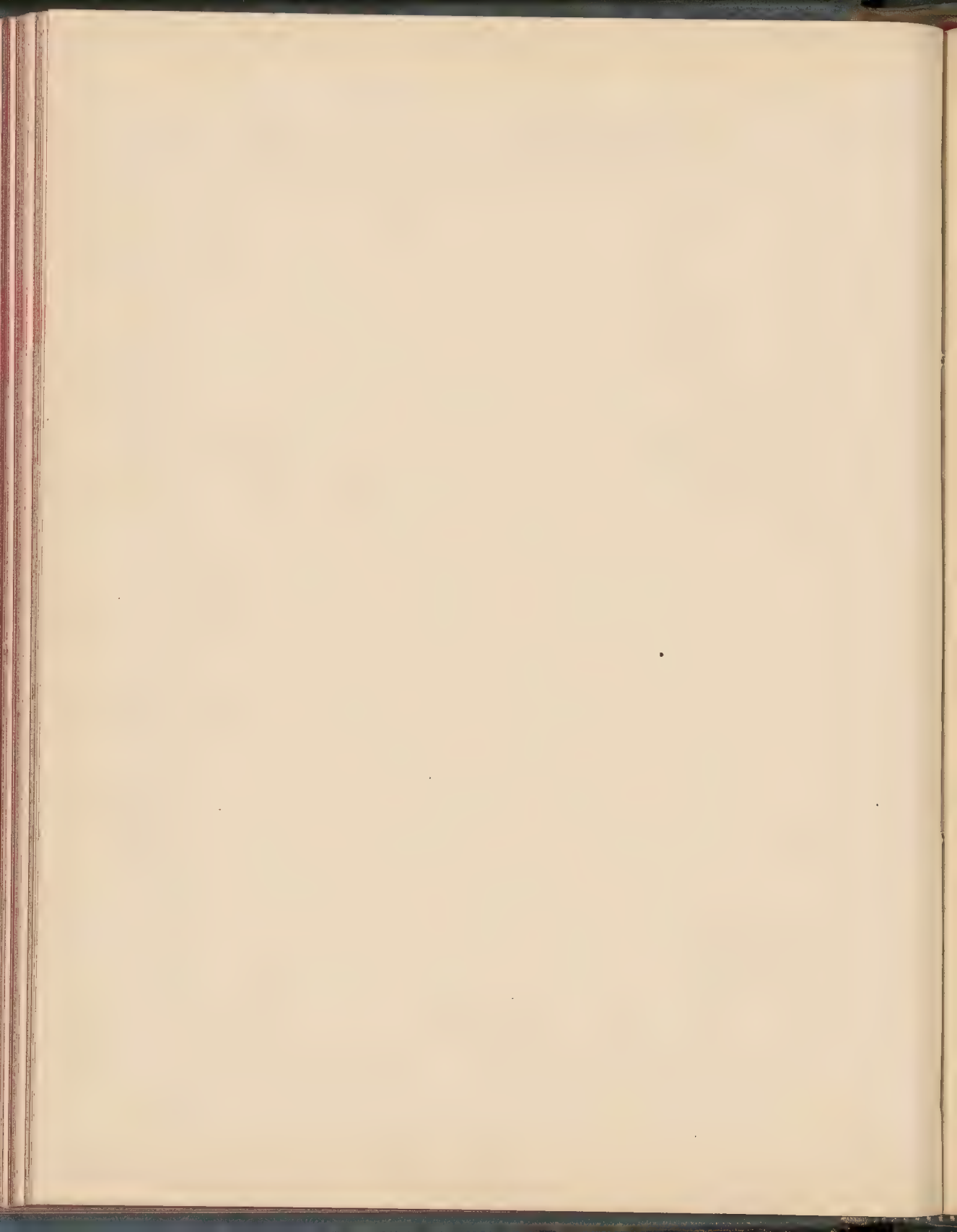
1^{er} temps. Rétroissement caractérisé par la flexion de la tête l'occiput s'abaisse, le menton s'élève. Dans le toucher on peut constater le degré de flexion.

La tête après s'être fléchie s'engage... ce second temps chez la plupart des femmes se produit dans les derniers temps de la grossesse sous l'influence de contractions indolores.

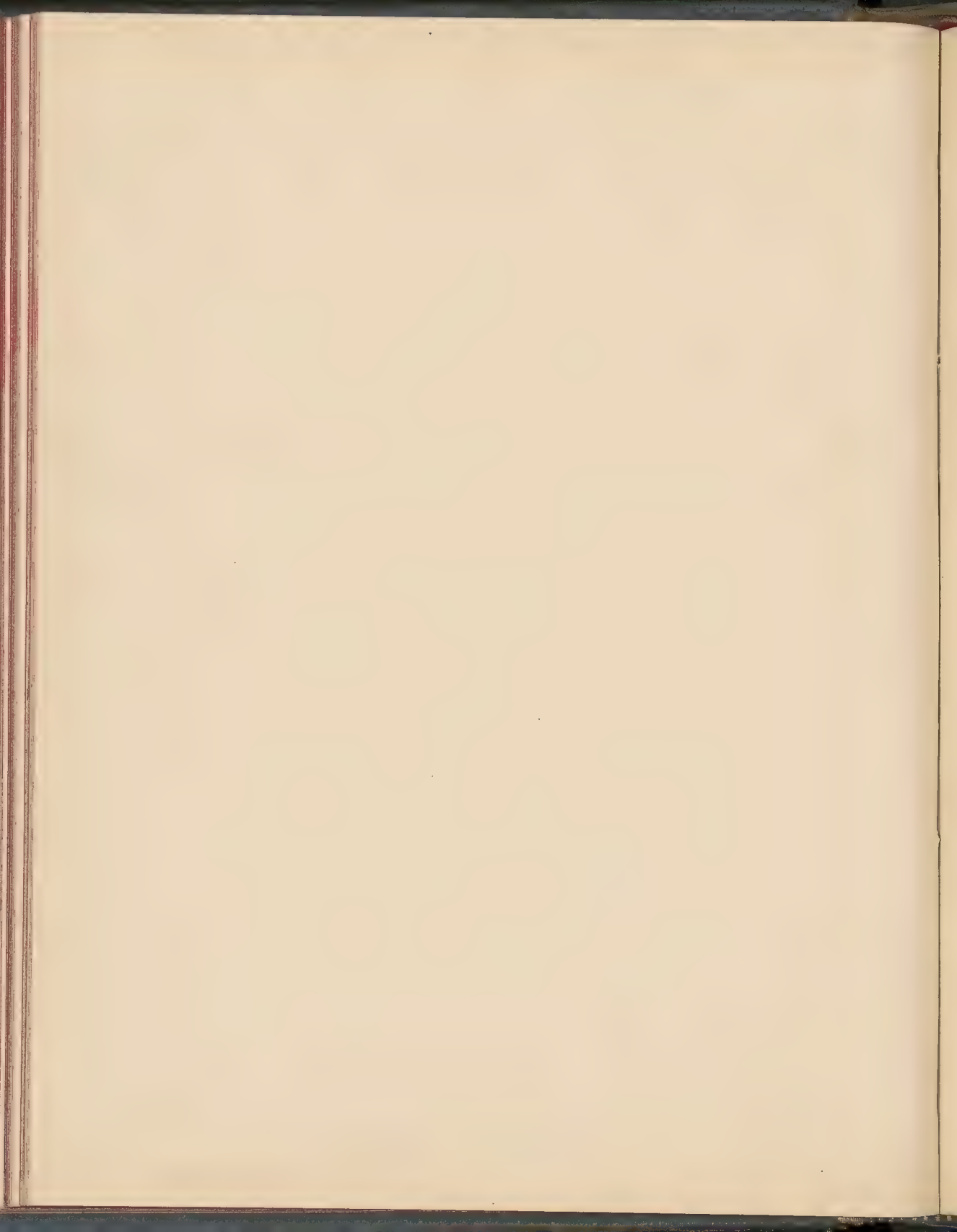
La tête s'engage obliquement de 3 manières, il y a donc trois obliquités.

1^{re} obliquité. De Solapris, la tête s'engage en G. A.

2^{de} obliquité. De Rœderer, si la tête se trouve au détroit supérieur, le diamètre occipito-mentonnier peut se trouver dans le plan du détroit supérieur, la tête n'est pas fléchie. Mais sous l'influence des contractions utérines, la tête se fléchit considérablement, le diamètre occipito-mentonnier est parallèle à l'axe du détroit supérieur, mais il arrive aussi que la ligne occipito-mentonnière est intermédiaire à l'axe et au plan du détroit supérieur.



Au commencement de ce siècle Nagele' a dit que la tête arrivant au niveau du détroit supérieur, se trouvait inclinée sur son pariétal antérieur et la suture sagittale se trouverait donc rapprochée de l'angle sacro-vertébral, éloignée de la symphyse pubienne, mais dans ce cas le plan ne sera pas parallèle au plan du détroit supérieur, mais oblique. Il y aurait donc erreur. Cette obliquité n'a pas été admise par tous les auteurs. Pelpeau, Paul Dubois, Mathieu Duncan, Moncien Carrière ont trouvé incorrect ce qui avait démontré Nagele' et voici ce qu'ils disaient. La tête s'engageant à travers le détroit supérieur, le plan passant par les ossements pariétaux étant parallèles à celui du détroit supérieur, il y a supériorité et lorsqu'il est oblique il y a aussi obliquité. Ces derniers auteurs ont dit que l'axe du détroit supérieur se confondait avec celui du détroit inférieur et avec celui du fœtus. Donc les ossements pariétaux franchissent simplement le détroit supérieur.



Varnier et Monsieur Pinard ont admis une
autre théorie. En fait, en effet, des fœtus
morts avec la tête dans le canal inférieur,
ces auteurs ont remarqué quand il y avait
asphyxie que c'était le pariétal postérieur
qui passerait le premier à travers le
détroit supérieur.

Messieurs Vernier et Pinard ont remarqué que
l'axe de l'utérus n'était pas parallèle
et ne se continuait pas avec l'axe
détroit supérieur. Dans ce cas on s'explique
alors que la fosse pariétale passe la
première.

Une objection a été faite à Messieurs
Varnier et Pinard, c'est que ces fœtus
congelés n'étaient pas dans la station
verticale, cependant cette opinion paraît
exacte, puisque le fond de l'utérus se
trouve au-dessus de l'ombilic.

La tête a donc franchi l'excavation, le
mouvement de rotation interne de la tête
s'est accompli puis les contractions utérines
continuant, la nuque, le sous-occiput se
met en rapport avec le ligament triangulaire.

et ce n'est qu'à ce moment que la
tête pourra se dégager et se débarrasser.
Le dégagement est donc terminé, la rotation
externe va donc s'effectuer sans la f. H.
l'occiput tournera en G. Certains auteurs
ont dit que le mouvement de rotation
externe était un mouvement de détorsion.
D'autres auteurs ont dit que le mouvement
de rotation externe était dû à la rotation
interne des épaules.

Il est des femmes chez lesquelles on observe
ces deux choses la tête étant dégagée on
ensuite opérer un petit mouvement de
détorsion puis la rotation se fait et occiput
sera directement en rapport avec la
cuisse gauche.

Chez d'autres femmes on observe la
rotation sans le mouvement de détorsion.
L'épaule antérieure se place donc sous
symphyse pubienne, se dégage, puis la post.
ensuite. Certains auteurs admettent le dégage-
ment de l'épaule postérieure, puis ensuite
celui de l'épaule antérieure, ceci est incorrect
car c'est bien l'épaule antérieure qui

sont la première du bassin osseux, mais
comme elle se trouve masquée par les
parties molles et par suite de la direc-
tion que l'on donne au fœtus l'épaule
postérieure paraît se dégager la première
mais en réalité c'est elle qui se dégage
la dernière.

Le dégagement des épaules a une grande
importance en pratique, car si on dégage
la postérieure & à la d. on peut rencontrer
des difficultés insurmontables.

- Anomalies -

- 1^{er} temps Quelquefois il y a insuffisance de flexion - ce
qui constitue une légère anomalie. Dans le
2^d & troisième temps, il peut y avoir insuffisance
de rotation interne, la tête se dégage obliquement.
3^e La rotation interne des épaules peut faire
défaut. la tête n'exécutera donc pas son
mouvement de rotation externe. Bassins
larges, fœtus petits.

Il existe encore une autre anomalie pro-
ce 3^e temps, la rotation se fait en sens
inverse, si l'occiput doit tourner à gauche
il tourne à droite, dans ce cas les épaules

sont placées transversalement, elles n'ont pas accompli le mouvement de rotation interne.

Donc, quand la tête est dégagée, il ne faut pas intervenir pour le mouvement de rotation, on doit laisser la tête tourner seule sous l'influence d'une contraction utérine.

Mécanisme de l'accouchement dans les O.T.D.C.
Dans la présentation du sommet en D.C.
Ce mécanisme a une grande analogie avec la présentation du sommet en G.C.
comme ce dernier il y a 6 temps.

- | | | |
|-----------------------|---|--------------------------------------|
| 1 ^{er} temps | { | Éloignement et flexion de la tête. |
| 2 ^{me} temps | | Engagement de la tête. |
| 3 ^{me} temps | | Rotation interne de la tête. |
| | { | L'occiput tourne de droite à gauche. |
| 4 ^e temps | | Dégagement et déflexion de la tête. |
| 5 ^e temps | { | Rotation externe de la tête et |
| | | interne du tronc, l'épaula vient |
| | { | se placer derrière la symphyse |
| | | pubienne. |
| 6 ^{me} temps | { | Dégagement du tronc. |

Diamètre oblique.

1^{er} temps : la flexion peut ne pas être complète, et empêcher l'engagement de la tête.

3^{er} temps : le mouvement de rotation interne peut ne pas se faire, et la tête se dégager dans le diamètre oblique.

5^{er} temps : la rotation externe peut aussi ne pas se produire dans ce cas les épaules se dégagent transversalement.

Dans d'autres cas la rotation externe peut se faire du côté opposé, c'est-à-dire de gauche à droite. (rotation négative)

O. I. D. P. — — 6 temps

1^{er} temps : { Rotation, flexion.

2^{er} temps : { Engagement, descente.

3^{er} temps : { Rotation, l'occiput se place derrière la symphyse pubienne.

4^{er} temps : { Dégagement, déflexion.

5^{er} temps : { Rotation externe de la tête.

Les épaules antérieures se place derrière

la symphyse pubienne.

6^{er} temps : { Dégagement du tronc.

Pour la rotation interne - Dans les O. P.
la tête a. un grand mouvement
accompli; elle tourne d'arrière en avant
se met en transverse, puis en antérieure
et ensuite l'occiput se place sous la
symphyse pubienne.

La rotation interne de la tête s'accomplit
le plus souvent, quand la tête bien fléchie
appuie sur le planches, péricrânien.

Il y a des exceptions:

Dans un certain nombre de cas, on a vu
le mouvement de rotation se produire
au niveau de l'orifice vulvaire
(rotation tardive.)

Elle peut encore se produire au niveau
du détroit moyen sans que pour cela
la tête appuie sur le planches pubien.
Dans certains cas la rotation se fait au
niveau de l'orifice externe incomplètement
complète, les membranes étant intactes.

— Causes du mouvement de rotation —

1^{re} cause
2^{de} cause

Brandelocque a invoqué les plans inclinés.
Paul Dubois a fait des expériences sur des
cadavres; reconstituant le méca

L'accouchement remplaçant les contractions
utérines par de fortes pressions.

L'expérience renouvelée plusieurs fois
sur la même femme en vit une,
O.S.D.P. se dégager deux fois en O.S.
une 3^e fois en O.S.

Ainsi le volume du fœtus et la résis-
tance des têtes ne se joue un rôle
important dans le mouvement de rotation.

3^{me} cause

Loi du professeur Dupit - Quand un
corps solide est contenu dans un autre
si le contenant est le siège d'alternatives
de mouvements et de repos, si les surfaces
sont glissantes, le contenu tend à se
cette à accommoder sa forme et ses
dimensions aux formes et dimensions
du contenant.

Accoucheurs anglais, en particulier
Leishman ont parlé de la projection des
épinas sciatiques. L'occiput appuyant
sur l'épine sciatique d'un côté et le
frontal sur l'épine sciatique du côté
opposé, la tête étant mal fléchie la
rotation ne peut pas se faire.

Mais les contractions utérines vont abaisser
l'occiput qui passera au dessous de l'épine
sciatique. Le frontal s'élèvera au dessus
de celle du côté opposé et le mouvement
de rotation se produira.

M^r Carnier a parlé d'un levier
dont un des bras serait plus long que
l'autre. Attaché à la base du crâne
au frontal : et l'autre de cette même
base parietale à l'occiput.

Dans ce cas le mouvement de rotation
interne s'expliquerait comme la flexion.

Walthei et Harries Roey - Ont dit
que si la tête tourne c'est que
les épaules tournent également.

Il y a là une erreur, car dans certains
cas la tête tourne sans que les épaules
tournent.

Cas observé par M^r le professeur
(Budin en 1845)

D. P. se dégage en O. P.

Par le palper on constate que le dos n'est
en arrière, les petits os du sacrum en
avant.

Du cou, (rotation l'occiput reporté vers l'arrière, avant) est dans la même position. Sous l'influence des contractions internes le mouvement de rotation externe se produit. Les épaules tournent dans l'excavation.

Cette torsion du cou se produit facile-
ment des articulations des vertèbres
cervicales, il peut se produire sans
amener aucune lésion.

On avait dit que l'épaule venait
appuyer sur le muscle psoas mais
pendant une contraction le muscle
est bien isolé du psoas (le bassin
isolé aussi).

— Anomalies —

1^{er} temps: Défaut de flexion.

3^{es} temps: l'occiput tourne en arrière, ou
dans d'autres cas, la tête est comme au début
et se tourne pas.

Dans les O. N. la tête se dégage face au
pubis, disent les anglais.

La tête se fléchit rapidement et glisse
en statique, la diffusion de la

fait que lorsqu'elle est dégagée com-
plètement.

Dans ces cas, la sortie de la tête est plus
difficile le travail est plus long et on n'a
le résultat des dichotomies en finisse.

Souvent la rotation se produisant
pas on est obligé d'appliquer un moulin
qui terminera par une application
de forceps.

Le mouvement de rotation peut être in-
complet la tête reste en antérieure.

Alors ~~est~~ ~~est~~ ~~est~~ ~~est~~ la rotation est terminée
se produisant la tête s'oppose, comme
dans les antérieures.

C. S. J. P. le mécanisme est le même
tout les mêmes que pour les D.S.V.

Pronostic de la présentation du — sommet —

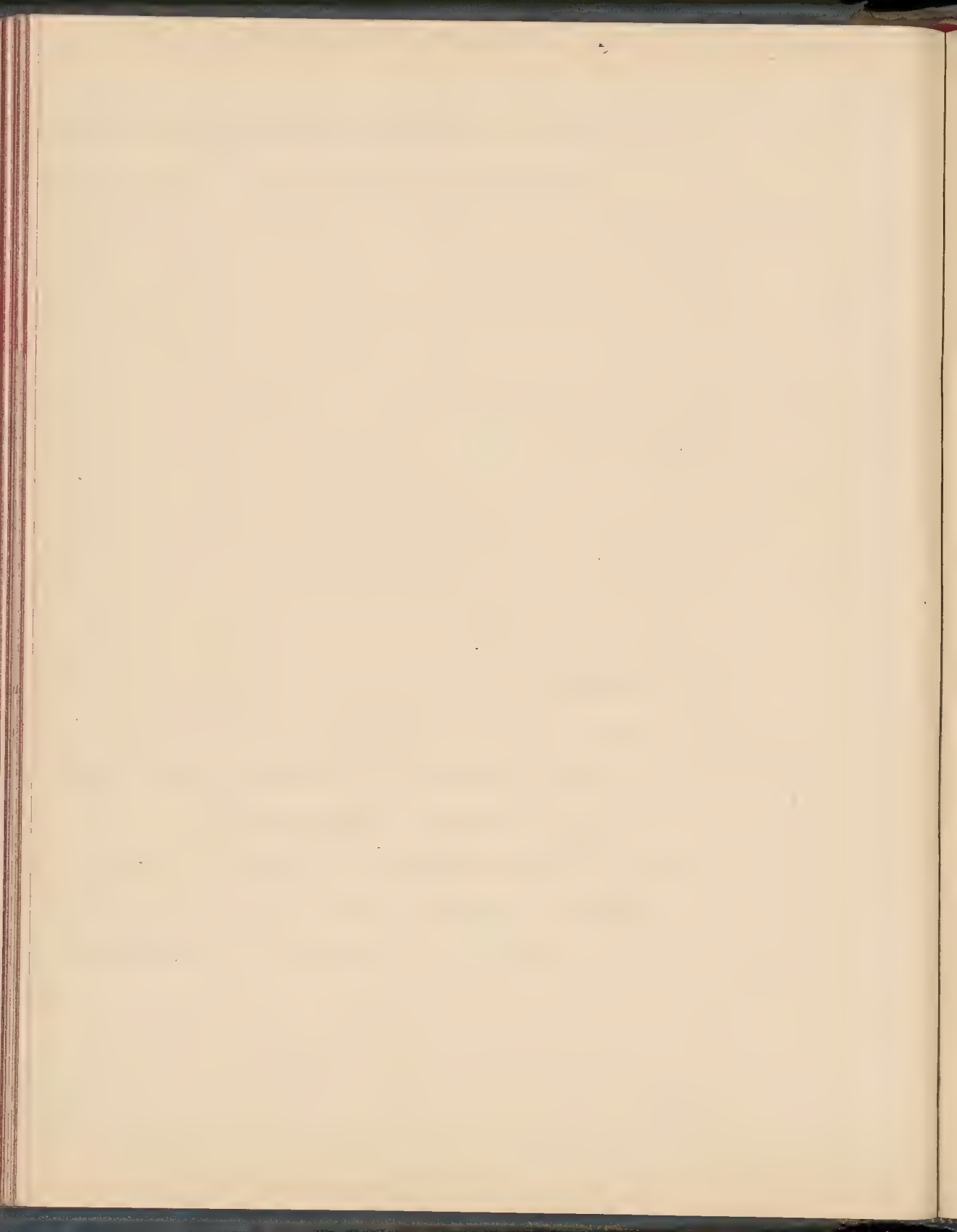
Le pronostic dans l'accouchement par le sommet est considéré comme le plus favorable pour la mère et l'enfant.

On doit faire une distinction entre les positions antérieures et les positions postérieures. Dans ce dernier cas le travail est long, et peut devenir dangereux pour la mère et pour l'enfant. On doit ausculter souvent et très attentivement car la circulation utéro-placentaire et fœto-placentaires sont gênées. On doit dans ces cas intervenir par une application de forceps.

Cependant on devra essayer avant, de faire la rotation artificielle avec l'index, en exerçant une pression derrière le pavillon de l'oreille pendant une contraction. On devra s'assurer de la flexion complète de la tête.

Pour une D. P. on se mettra à gauche de la femme et on se servira de la main gauche. On appuiera pendant les contractions et on maintiendra la tête dans l'intervalle

(1) Quand le travail traîne en longueur, cela peut
venir à la résistance des parties molles, à la
faiblesse des contractions utérines, à la brièveté
du cordon.



1^{re} à l'existence de la fosse sers-sanguine.
2^{de} à la déformations des os du crâne (déformations plastiques.)

On peut par la présence de la fosse sers-sanguine, faire le diagnostic rétrospectif de la présentation et de la position.

Dans une G. A. la fosse sers-sanguine siège sur la partie postérieure du pariétal droit.

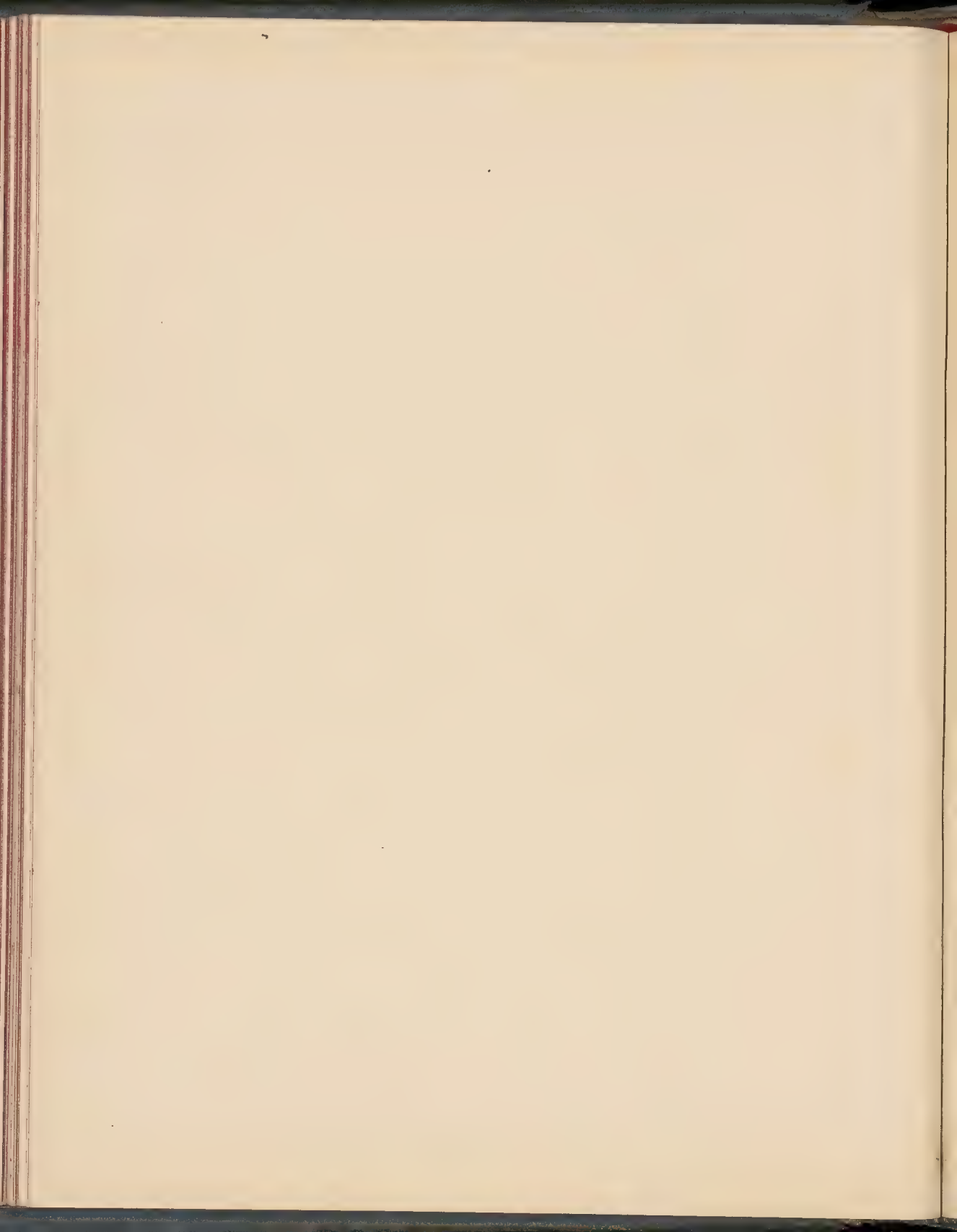
Dans une D. M. elle siège sur la partie postérieure du pariétal gauche.

Dans une G. P. elle siège à la partie antérieure du pariétal droit.

Dans une D. G. elle siège à la partie antérieure du pariétal gauche.

Dans certains cas la fosse sers-sanguine présente de grands inconvénients pour faire le diagnostic rétrospectif des positions car parfois elle s'étend sur le pariétal du côté opposé, elle peut même envahir toute la table du crâne.

La fosse sers-sanguine disparaît dans les 3^{es} 4^{es} 5^{es} années qui suivent la naissance. Il faut donc rassurer les familles qui ne sont pas sans inquiétudes.



Transformation des os — On observe à la naissance, la tête venue en projection de devant et en arrière, allongée. Les modifications sont surtout observées chez les primipares.

On peut se rendre compte des modifications qui se sont produites, On voit alors que sous l'influence de l'accouchement les diamètres C.-M. — C.-E. — et S.-C.D. ont diminué.

On observe le sus-occipito-occipital maximum le plus allongé, les modifications se produisent pas suite de la pression exercée au niveau des os du crâne. Grâce aux sutures et aux fontanelles qui permettent le chevauchement des os les uns sur les autres, le frontal et l'occipital allaient ainsi dire à l'encontre l'un de l'autre. L'occipital surtout fût le pas sa pointe sous les poignées, car il existe au niveau de sa portion écailleuse et basilaire une charnière fibre-cartilagineuse qui permet à la portion écailleuse de se porter en avant.

1. Monsieur. Reibemont Desseignes - M^{re} Guin.

M^{re} Lichatelle admettent la présentation de la
sœur (M^{re} Lichatelle pendant la présentation.)

M^{re} Lichatelle ne s'occupent pas de la présentation
de la sœur (M^{re} Lichatelle pendant la présentation
et pendant la présentation de la sœur, la sœur de
M^{re} Lichatelle.) (Lichatelle.)

Les 2 pariétaux s'enfoncent également l'un sous l'autre.

Cette déformation du crâne est parfois facilitée par l'ossification incomplète des os.

Après tout le 2 ou 3 jours, la tête a repris sa forme normale.

Il n'y a rien à s'en préoccuper :

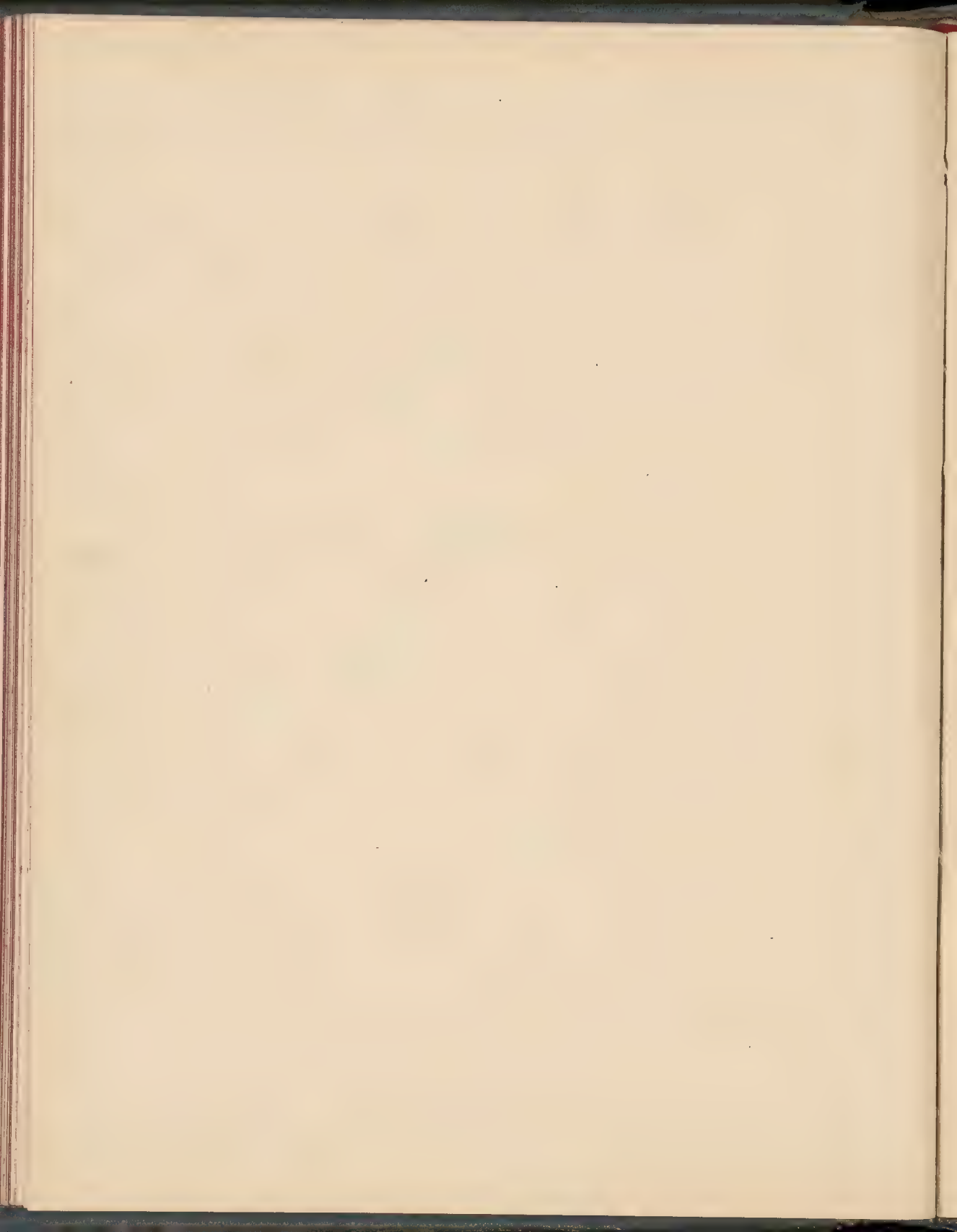
On devra rassurer l'entourage qui parfois s'inquiète à tort.

Présentation de la face

On entend par présentation de la face l'orientation céphalique réflexive qui vient de mettre en rapport avec le déh. sup. Cette présentation est la face 1880.

On l'a divisée en 2 variétés : primitive ou secondaire

- (1) Primitive quand elle existe pendant la grossesse (très rare, cependant elle peut exister). M^{me} Lachapelle a constaté la présentation de la face alors avant tout. D'après les travaux, alors que les membranes étaient intactes. M^{lle} ...



Chez on a constaté un cas à la Malmaison
en 1899.

Certains auteurs nient la présentation de
la face pendant la grossesse.

M. Demard ne l'admet pas.

Ce qu'on observe le plus souvent c'est
la présentation de la face secondaire - au
niveau du détroit supérieur.

Il observe très rarement dans l'obscure.
Cette présentation observée qui au début du
travail et succède à une présentation
du sommet.

Point de repère pris sur le fœtus: le menton.

Comme pour le sommet, à 2 positions: 1^{re} et 2^{de}.

3 variétés de positions: 1^{re} - 2^{de} et 3^{de}.

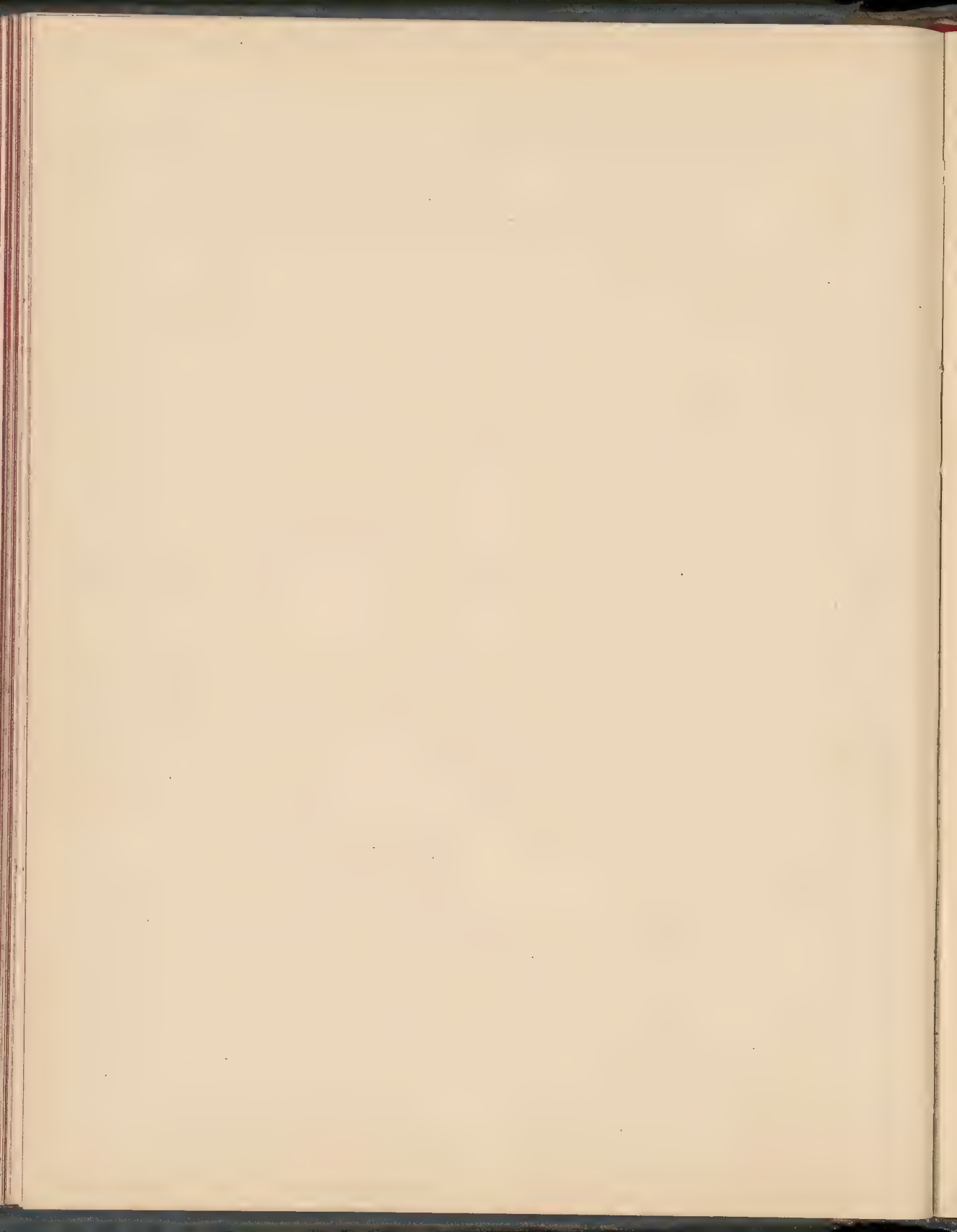
On peut avoir des variétés mixtes.

Variétés frontales (si la tête n'est pas en 1^{re} position).

(Déflexion) (Se rencontre le plus souvent)
dans les bassin général et rétrécis.

Variété occipitale (tête considérablement défléchi).

Malade Droite (Inclinaison latérale)
ou malade gauche.



Huile

Causes

Les causes de la présentation ne sont pas
bien définies; on dit que toutes les fois
qu'il y a quelque chose d'anormal de
côté de la mère ou du fœtus il y a
une tendance à la présentation anormale.
Dans les bassins obliques.

Les 3 causes principales sont: la Dolicocephalie
(côté du fœtus); le côté de la mère;
l'inclinaison latérale de l'utérus et le
bassin oblique.

Dolicocephalie

Cette allongée des os du crâne postérieur.
On s'est demandé si la Dolicocephalie n'était
pas le résultat de la présentation de la face.

Inclinaison de l'utérus

G. A. sommet, le fœtus venant buter
contre la ligame sacrospinale se déplace
dans une transformation en H. S. H. D. Cette
variété devrait être beaucoup plus fré-
quente que la H. S. G. A. mais il n'en
est rien. La H. S. D. est un peu plus
fréquente mais la différence n'est pas
très grande. A ce sujet on a invoqué
la fréquence de l'inclinaison de la

Bassin rétréci — Le legs rétréci joue un grand rôle.

Sous l'influence des contractions utérines la tête se défléchit mais inconstamment on observe alors des variétés fœtales.

— Diagnostique de la présentation de la face —
— M. S. J. A. —

Interrogatoire — A l'interrogatoire on se borne par des questions à demander tout les symptômes de la présentation de la partie fœtale, point d'abaissement du ventre, la respiration n'est pas précipitée, pas de compression sur côté des organes du petit bassin.

Palper — Dans les cas où les membranes sont rompues on sent un certain ballotement, l'abaissement du ventre.

Excavation vide. On trouve en dehors la partie fœtale non engagée, dure, saillante. Au fond de l'utérus, entre la partie fœtale plus rétractée, c'est le cordon.

Entre ces 2 parties fœtales: surface lisse, régulière qui est le cordon, très difficile à saisir, déposé.

En pratiquant le palper plus attentif

On sentira une saillie formée par
l'occiput entre le Dos et l'occiput:
dépression au corps de l'œuf correspondante
à la région cervicale.

Dans d'autres cas ce glissement incomplet
peut sentir la nuque une saillie (forme
à chercher.)

Auscultation. Maximum des B. N. C. élevé surtout
le plus souvent par le plan antérieur
on peut l'entendre par les plans: latéral et
postérieur. (L'auscultation nous indique que nous sommes
du fœtus.)

Touche. Au début du travail, poche des eaux volumi-
neuse beaucoup de liquide à sa place, nous
arrivera sur la partie latérale. C'est la
rupture des membranes. Diastiques le
toucher dans l'intervalle des contractions
si les membranes sont molles et flasques
on arrivera sur une ^{saillie} saillie et de creux:
(Dépressions) surface très irrégulière on pourra
arriver sur la surface fœtale.
Si les membranes viennent à se rompre
on arrivera sur la fontanelle antérieure
et on sentira la tête du fœtus.

cette fontanelle on arrivera sur l'occiput
ou les latérales, les os de la face, à l'exception
des arcades alvéolaires.

Quand les os planes sont développés la
face est volumineuse, les os se laissent
infiltrer deviennent volumineux, se
proéminent par un sillon (pris quelque fois pour
le sillon interfrontal) mais il y a au
niveau de la face des parties où il n'y a
pas de tissu osseux le front est adhé-
rent à l'os, c'est le nez qui conserve sa
forme, il en est de même des arcades
alvéolaires, la mandibule s'aplatit et
directement il n'y a pas de tissu osseux.

Diagnostic différentiel avec le squelette.
L'occiput peut être pris pour le front
mais le front se fait par une saillie
aussi accentuée que celle du front
l'occiput relevé, et outre on a pas le
contact entre le nez et le sommet.

M. T. D. P. Saillie faite par l'occiput
en avant et à gauche, angle rentrant
en avant et à gauche, si on trouvait
maxillaire ce serait en arrière et à droite
ainsi que les autres membres.

M. S. L. O. Occiput en arrière et à gauche : menton en avant et à droite.
ouverture des fosses nasales à droite
avant.

M. S. G. O. Occiput en avant et à gauche : menton en arrière et à droite.

Mécanisme des M. S. G. O.

1^{er} temps: Déplacement de la tête en arrière.

2^e temps: Déplacement de la tête en avant.

3^e temps: Engagement de la tête dans le trou occipital.

4^e temps: La tête se dégage du trou occipital et se dirige vers l'avant.

5^e temps: La tête se dirige vers l'avant et se dégage du trou occipital.

6^e temps: La tête se dirige vers l'avant et se dégage du trou occipital.

7^e temps: La tête se dirige vers l'avant et se dégage du trou occipital.

8^e temps: La tête se dirige vers l'avant et se dégage du trou occipital.

9^e temps: La tête se dirige vers l'avant et se dégage du trou occipital.

10^e temps: La tête se dirige vers l'avant et se dégage du trou occipital.

5^e temps } Rotation externe : le menton
tourne à gauche, l'apophyse
se rapproche vers l'apophyse

6^e temps } le menton se rapproche

— Anomalies —

1^{re} temps — La déflexion peut être in-
complète ou exagérée, 1^{er} cas variété frontale

2^e cas variété cervicale. Le menton
se rapproche du centre de la tête

3^e temps rotation interne incomplète.
Le menton peut rester en rapport avec
le maxillaire inférieur.

5^e temps rotation externe. Le menton
dans un moment s'éloigne puis se
tourne à gauche, de même po-
ssible de tourner à droite.

Il est des cas où le menton se tourne
en arrière... H. L. S. P. Le mouvement
de rotation interne est très étendu.

Le menton peut tourner en arrière :
variété sacrée. L'accomplissement de cet
impossible, car le menton doit se

Donc la face ant^{re} du sacrum est
tout à fait inclinée.

Quand la rotation ne se fait pas
à l'entrée en clavic, l'accouchement
est souvent impossible.

Exceptions... Si l'enfant est petit (parce qu'il est
léger) et si il est mort-né, l'accouchement peut se terminer
spontanément.

La présentation de la face peut se terminer
en présentation du sommet le menton
passant par la grande échancrure sciatique.
La tige occipito-mentonnière ascende
l'occiput s'abaisse, on a pu observer la
même mécanique plus bas que la
grande échancrure sciatique. Le menton
passe au dessous des ligaments sciatiques.
Paul Dubois a observé 2 cas où la face
restait transverse.

Pronostic

On a cru pendant longtemps que cette
présentation n'était pas si grave
que le sommet.

M^{re} Lachapelle disait que l'accouchement
pouvait se terminer spontanément.

le pronostic n'était pas plus grave que
celui de la présentation du fœtus.
Mais on a remarqué que celle-ci nécessite
beaucoup plus d'interventions surtout
dans les Postérieures.

Par suite de la longueur des travaux, par
suite de l'attitude du fœtus, l'artère
carotide et la veine jugulaire sont ~~travées~~^{travées}
comprimées (au niveau du cou) on observe
une gêne circulatoire, Digestion cérébrale, ~~et~~
souvent pendant le travail ou quelquefois
après la naissance on peut voir des
accidents méningés.

Quand les enfants naissent on les trouve
souvent des ulcérations des têtes à
toucher exagérées, mais elles peuvent être
guéries sans travail. Les têtes sont
échylotées qui se sont rompues. Elles
peuvent se produire en dehors du
travail. La tête de l'enfant se renverse
en arrière pendant quelques minutes, mais
la tête reprend ensuite son attitude
normale. On a pu remarquer dans certains
cas une éruption de la tête.

Conduite à
tenir

consistant de la pression exercée par la
pointe de l'occipital.

Lorsqu'il y a une présentation de la face
avec bassin antérieur on aura pas à inter-
venir, on devra surveiller attentivement
les B. D. C. Si l'enfant souffre pendant
un accouchement surtout quand il s'agit
d'une femme un peu rachitique
(avec variété frontale.)

En pratiquant le toucher événer la
rupture des membranes, garder l'as-
sistance des accoucheuses jusqu'à la
fin de la parturition.

— Déformations —

Ces déformations sont dues à la masse
séro sanguine et à la dépression des
os.

Sur la face : osse séro-sanguine, raidies
au niveau des fontanelles, lèvres tuméfiées,
visage violacé.

Il existe aussi des déformations osseuses
amenant des modifications des diamètres
Il y a diminution du diamètre S. O. B.
et augmentation des diamètres O. F. O.

pas qu'à la pointe. Le l'occipital
représente une union grâce à la chemise
fibro-cartilagineuse.

Dans les jours qui suivent la tête reprend
sa forme normale.

Présentation du siège

On dit qu'il y a présentation du siège
toutes les fois que l'enfant vient
venir se mettre en rapport avec
le pourtour du col utérin.

Lorsque la flexion est totale, on dit qu'il y a
un siège complet. (tous les membres
sont fléchis).

Mais il n'en est pas toujours ainsi, car
l'enfant ne vient pas toujours se mettre en rapport
avec le pourtour du col utérin. Les
membres, tout ou partie, sont en rapport avec
les fesses seules ou en rapport avec le
col utérin.

D'autre cas, les genoux viennent les premiers
en rapport avec le col utérin.

Enfin dans d'autres cas la flexion est
totale, les pieds viennent les premiers

Comme le mécanisme est le même
admet qu'une présentation du siège
avec toutes ses variétés.

Parmi ces présentations il y a une espèce
particulière.

La présentation du siège est très fréquente
1 sur 30 (accouchements en bloc.)
1 sur 60 accouchements à terme.

Présentation du siège :

- 1° Complet
- 2° Incomplet : modes suivants
- 3° Mode des pieds.
- 4° Mode des genoux.

Le point de repère est la crête sacre.
Si cette dernière est en rapp. avec la moitié
droite du bassin : position droite.

Si elle est en rapport avec la moitié
gauche : position gauche.

Pour ces positions : 3 variétés. A. C. O.
I. comme pour le sommet.

Par ordre de fréquence : S. I. G. A.
S. I. D. P. ... S. I. G. P. ... D. I. X.

Comme nous l'avons vu

Causes

Toutes celles qui mettent obstacle à l'accommodation céphalique.

Du côté de l'œuf.

Hydroamnios (le fœtus est mobile dans le liq. amniotique).

Placenta prævia - (pas d'accommodation céphalique).

Hydrocéphalie (Dans ces cas on remarque fréquemment la présentation du siège).

L'extrémité céphalique plus volumineuse se place au fond de l'utérus.

Accouchements avant terme - Dans les accouchements prématurés on observe souvent le siège, l'extrémité céphalique (jusqu'à un 2^e ou 3^e mois) est plus volumineuse que l'extrémité pelvienne (accommodation).

Brièveté acquise du cordon (circulaire) le fœtus ne peut évoluer et le siège reste en bas.

Du côté de la mère.

Manque de tonicité des parois abdominales et utérines (elles sont flasques) évacuation - multiparité.

Fibromes - lorsqu'ils siègent sur le segment inférieur de l'utérus, ou dans l'excavation du bassin.

Les fois qu'il y a abaissement de ces conditions on a une présentation basse.

On distingue 2 variétés de siège : définitif et temporaire.

La présentation du siège temporaire se rencontre le plus souvent.

Interrogatoire

Toute les fois que cette présentation existe on apprend par l'interrogatoire qu'il n'y a eu aucun abaissement du ventre, pas de constipation, pas d'envies plus fréquentes d'uriner. Parfois chez certaines femmes il existe une vive douleur soit dans la région épigastrique soit au niveau de la face inférieure du foie, par suite de la compression exercée à ce niveau par la partie fœtale.

Que

Dans ces cas où le siège se trouve au niveau du détroit supérieur, l'utérus à son gré. axe dirigé de haut en bas avec inclination le plus souvent vers côté droit.

Cela indique que le fœtus se présente par la face de ses extrémités, mais rien de plus. L'excavation est vide. On sentira au niveau du détroit supérieur une grosse partie fœtale volumineuse, dépressible, irrégulière. Partout la main aura le fond de l'utérus.

Palper

trouves une autre partie fœtale, ronde, régulière qui est la tête, on peut avoir la sensation de la tête. Balottement céphalique. La tête est mobile sur le tronc & laisse refouler lorsqu'on exerce une certaine pression.

On doit toujours chercher à obtenir le balottement céphalique. Il est des cas où il est difficile à percevoir la tête étant derrière les fausses côtes, cachée sous le fœtus.

On fait coucher la femme sur le côté opposé à l'inclinaison de l'utérus, celui-ci se rapproche de la ligne médiane et on obtient ainsi le balottement.

Si le fœtus est volumineux et que le liquide soit peu abondant, faire coucher la femme dans la position genu-pectore.

On ira ensuite à l'examen par le haut, que l'on trouvera entre les 2 fœtus fœtaux on a la sensation d'une surface plane régulière qui se continue en bas avec le siège sans aucune ligne de démarcation au contraire en haut, est séparée de la tête par une saignée très marquée qui correspond à la saignée de la tête.

Du côté opposé on trouve les petits
membres flottant dans le liquide.

Examen Le maximum des B.D. C. sont toujours au
niveau ou au-dessous de l'ombilic, ils sont
percus le plus souvent par le plan latéral
gauche; on peut le plan latéral droit
transmis par le foie (surtout dans les petites
Droites.)

Toucher

L'excavation est vide, pendant la grossesse;
en explorant au fond du cul. Si l'on a
on sent une partie fatale élevée que
l'on atteint à peine. Pendant le travail
on sent une poche d'eau volumineuse,
en déprimant les membranes dans l'intervalle
des contractions on arrive sur une partie
fatale élevée, quelquefois on arrive sur
des petits corps ronds et déplacés.

Siège décomplet mode des fesses.

Le doigt suit la partie antérieure et arrive
sur une surface ~~peu~~ ronde, dure, régulière,
pratique à un toucher plus étendu et
sentir les dépressions et les saillies. On
arrive sur le sillon interfessier, en suivant
le trajet de ce sillon on trouve : en

la crête sacrée, plus en avant: la pointe
du coccyx, l'orifice anal, les organes
génitaux externes. Si il s'agit d'un homme
les scrotum, si il s'agit d'une femme les
grandes lèvres.

Par la direction de la crête sacrée (point
de repaire pris sous le fémur dans les position
non du siège) on peut faire le diagnostic
de la position.

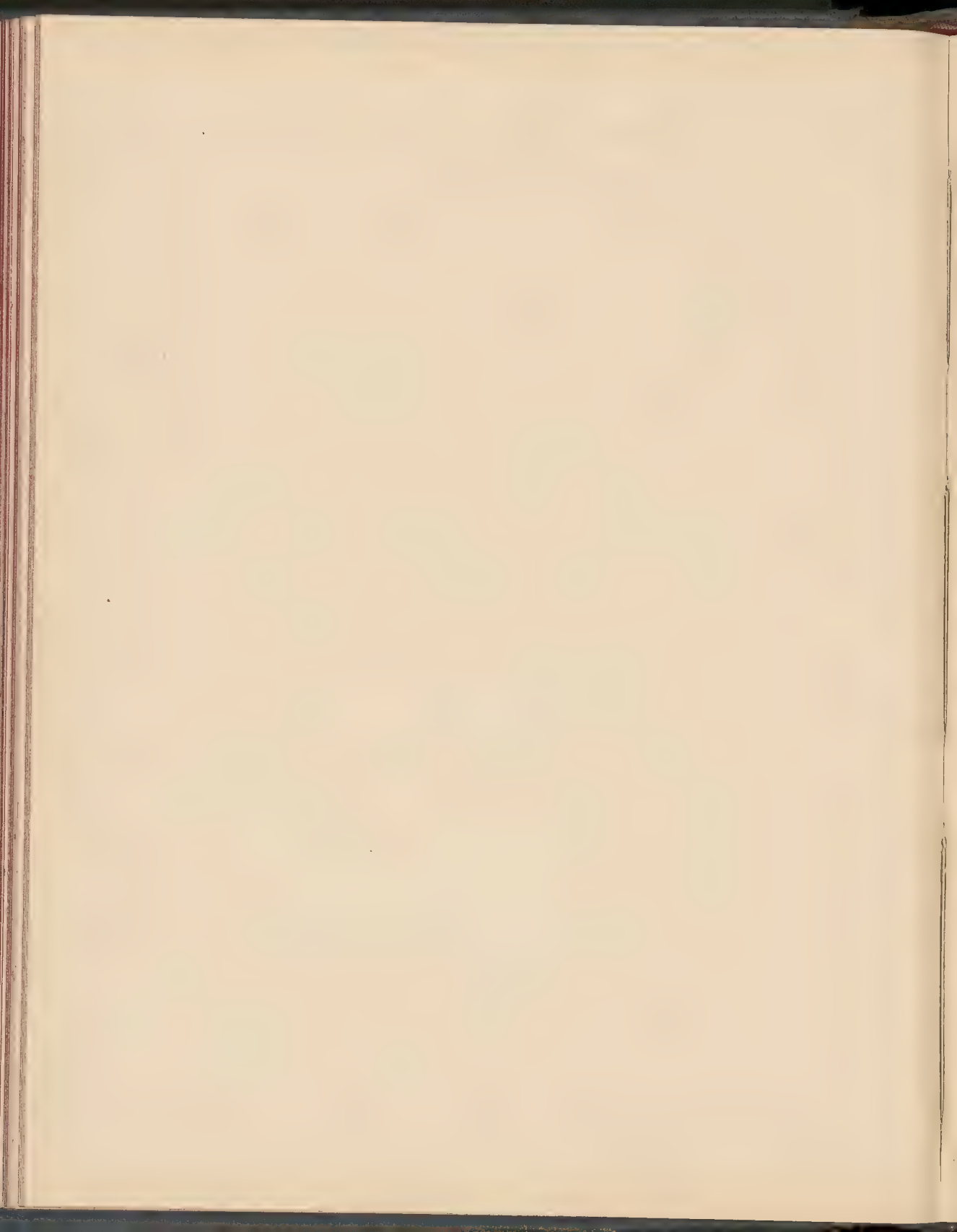
Siège récomplet mode ses pieds

On sentira les pieds qu'il faudra distinguer
des mains.

Caractères du pied, 3 saillies: malléole titio
malléole péronière, talon; la plante des
pieds et les ongles, que l'on peut prendre
pour les doigts; mais les ongles sont tous
placés les uns à côté des autres, tandis
que pour la main le pouce est opposé
aux autres doigts.

Le bord externe du pied est plat, le so
interne est arrondi.

On ne doit pas se servir de la situation
du talon pour faire le diagnostic de la
position, car le pied peut être dans



Couches

Siège décomposé mode Des genoux
On arrive sur une petite partie arrondie
que l'on peut prendre tout d'abord pour
le coudé.

On trouve les petits cylindres placés l'un
au devant de l'autre. 1^{er} formé par la crête
2^e formé par la fente. on recherche la
rotule. Pour être sûr de son diagnostic on
fera passer le doigt jusqu'au niveau
du siège.

— Siège complet —

A côté des caractères fournis par le siège:
sillon inter-fessier, crête sacrée, coccyx, on en
aura des petites parties fatales: l'os
au niveau des fesses.

Présentation du siège en S.T.G.A.

Palper

Siège en bas, tête au fond de l'utérus
le plus souvent à droite (on obtient le ballotement
céphalique). Le dos est à gauche et en avant.

Auscultation

B.B.C. en avant et à gauche, transmis
par le plan latéral gauche.

Couches

Sillon inter-fessier dans le diamètre oblique
gauche, crête sacrée à gauche et en avant.
pointe du coccyx dirigée à l'arrière.

— S. T. G. P. —

Couche

Palpes - mêmes caractères, dos pelus en arrière.
Sillon interfessier dans le diamètre oblique
droit, crête sacrée en arrière et à gauche
pointe du coccyx dirigée à droite et en
avant.

B. D. C. sur une ligne allant à l'arrière
oblique en arrière à l'arrière (c'est-à-dire)

— S. T. D. A. —

Palpes

Surface plane, régulière à droite (etc.)

Auscultation

B. D. C. très en arrière et à droite transmis
par le plan latéral gauche, ou en avant
près de la ligne médiane, transmis par
le plan latéral droit (foie.)

Couche

Sillon interfessier dans le diamètre oblique
droit, crête sacrée en avant et à droite
pointe du coccyx en arrière et à gauche.

— S. T. D. P. —

Auscultation

B. D. C. transmis par le plan latéral
droit (foie.)

Couche

Sillon interfessier dans le diamètre
oblique gauche, crête sacrée en arrière
et à droite, pointe du coccyx en avant

— Siège définitif —

Les cas de présentation du siège définitif
en général des variétés déclinées sous
des fesses.

Interrogation En interrogeant la femme on apprend
qu'il y a eu abaissement du vent,
constipation, crises hémorrhagiques, etc.
ce qui sont les symptômes rencontrés sous
la présentation du sommet.

Palper Excavation au plexus une masse
volumineuse assez ronde, vers le fond de
l'utérus, masse ronde, dure à côté
de laquelle on sent des petits ossements.

Auscultation Bruit de B.D. E perçus au-dessus
de l'ombilic.

Toucher A travers le segment inférieur on
sent une partie fœtale dure,
équivalente que l'on peut prescrire par
le sommet.

Dans ce cas il y a souvent peu de liquide
s'écouler le plus fréquemment chez la femme.
En palpant avec soin on sent que
la partie fœtale est moins dure et
présente des irrégularités. On ne sent

pas la saillie du front. Si on reporte
la main vers le fond de l'utérus on
trouve la tête qui n'est pas toujours
facile à glisser - balottes à cause du peu
de liquide amniotique et de la
présence des petits membres.

Le siège se continue directement avec le
dos sans ligne de démarcation. On fera
de l'utérus entre le dos et la tête on
trouve une dépression qui correspond à la
région du cœli ou peut-être au plexus
des veines correspondantes: l'une à l'ombilic
et aux épaules.

(Sillon du cou — M^{re} Denard.)

Le toucher doit être pratiqué très
largement, les doigts portés très en
arrière arriveront sur la crête sacrée
et sur le sillon interfossaire.

On fera le diagnostic de la position
par la situation du dos.

Au début du travail, la partie fœtale
étant très engagée, la poche des eaux
est plate comme dans la présentation
du sommet.

si le travail est plus avancé on arrive
sur la crête sacrée; le coccyx, l'orifice
anal; sur les fesses et même - Dans certains
cas sur les inguines genitales.

Le diagnostic de la présentation du siège
est quelquefois difficile et on peut faire
des erreurs.

Le sommet peut être pris pour le siège
quand le travail dure depuis longtemps
qu'il s'est formé une bourse séro-
sanguine volumineuse - le cuir ché-
forme - des replis on peut croire alors
au sillon interfessier.

Il est d'autant plus sûr le siège est pris
pour une face. Il faut donc toucher
avec grand soin.

Face — nez, ouvertures des fosses nasales,
arcades orbitaires, arcades alvéolaires.

Siège — crête sacrée — sillon interfessi-
er, on peut quelque fois confondre
avec le doigt un peu de méconium
si les membranes sont rompues.

On peut aussi confondre le siège
avec l'épaule.

Or quand le fœtus est mort : on trouve
une ou deux fois on trouve
une grande importance à l'auscultation.
Il faut donc se rendre compte si le
maximum n'est pas isochrone au point
maternel.

On peut encore croire à une pré-
sentation du siège lorsque il y a
existence d'un pied avec l'omphale,
face ou épaule. Pratiquer un toucher
très étendu.

Il faut bien se garder de faire le
diagnostic du sexe de l'enfant, car
on peut se tromper.

Sans l'influence du travail si c'est
une fille il y a tuméfaction des
grandes lèvres que l'on peut prendre
pour le scrotum, tuméfaction du clitoris
faisant croire à la verge.

Si c'est un garçon, les organes génitaux
peuvent être relevés on peut croire
alors à une fille.

On peut faire le diagnostic respectif
de la position par la base d'o-sanguine.

Si c'est une D. O. ou D. P. la base
séro-rangue sera vers la fosse droite ;
si c'est une G. O. ou G. P. la base
de la tête est vers la gauche et n'a subi aucune
modification.

Si le travail a été long, la tête est aplatie.
On peut faire le diagnostic rétrospectif
de la présentation du siège. Néanmoins le
mode des fesses, car l'enfant n'est
fléchi longtemps dans la cavité utérine
a toujours tendance à reprendre sa position
pendant les loies qui suivent la naissance.
Si cette présentation s'est formée pendant
le travail seulement, il reprend de suite sa
position normale.

— Suite —

Le mécanisme de l'accouchement dans la présen-
tation du siège est le même que pour le
sommet.

1^{er} temps : Delivrement

2^e temps : Engagement du siège. Descent dans la
cavité pelvienne et avancement sur les
planches pelviennes.

- 3^e temps: } Rotation interne qui amène la
fesse antérieure sous la symphyse
pubienne.
- 4^e temps: } Dégagement du siège et des
épaules.
- 5^e temps: } Rotation interne de la tête qui
met la nuque en rapport avec
le ligament triangulaire.
- 6^e temps: } Dégagement de la tête qui se
produit par un mouvement escarpé
de glissement, elle se dégage par
ses diamètres propres.

Pour le mouvement de rotation interne du
tronc, que ce soit une S. T. G. ou S. D. D.
c'est toujours la fesse antérieure qui se
place sous la symphyse pubienne, tournée
dans le 1^{er} cas de G. à droite, dans le 2^e cas
de D. à gauche. pour les postérieures
Pour les G. A. ce mouvement se fait de
arrière en avant. Pour les D. A. de gauche
en avant.

— Anomalies —

- 1^{er} temps: L'engagement se fait par.
- 2^e temps: La rotation interne par la fesse

faire (sur tout si le fœtus est petit.)

4^e temps: Dégagement (difficile) On a à peine
a un siège décomposé le mode des gestes,
les membres inférieurs forment att. Les
cheut le dégagement.

On peut avoir des difficultés pour le
passage des épaules, l'épaule antérieure s'ar-
rête au dessus de la symphyse pubienne.
D'autrefois les bras peuvent se relever, et se
placer de chaque côté de la tête, ou se replier
même en arrière.

5^e temps: Rotation interne de la tête qui
se fait en sens inverse, l'occiput tourne
en arrière: O.S. la face regarde la
symphyse pubienne.

Dans ces cas, la nuque prend point d'appui
sur la commissure antérieure des fémurs.
elle se dégage par flexion, va au pubis.
Dans d'autres cas, le menton peut s'accrocher
au dessus de la symphyse pubienne, et la
tête se dégage plus ses trais et os sous os.

— Pronostic —

Généralement l'accouchement par le siège
est considéré comme plus grave pour la
mère.

Par la mère. Le travail est plus long et est exposé aux interventions.

Pour l'enfant. Le pronostic est considéré comme très sérieux.

- Statistiques - Mortalité

Paul Dubois - 1 sur 11 accouchements.

M^{me} Lachapelle - 1 sur 7 accouch^{ts}

Churchill - 1 sur 3 accouch^{ts}

La mortalité dépend surtout de l'assistance qui est donnée aux femmes.

On peut rencontrer des difficultés pour l'extirpation de la tête, soit qu'elle soit très volumineuse, ou le bassin rétréci; dans ce cas une application de forceps peut être très utile et amener un enfant vivant.

Aussi doit-on acc^{ter} un certain D. ces cas.

L'enfant peut succomber parce qu'il ya des troubles dans la circulation utéro-placentaire au niveau placentaire ou fœto-placentaire par la compression directe du cordon. Ils amènent lésions, hémorragies intra crâniennes.

Quelquefois la tête est relevée par le cordon qui peut se contracter au niveau du cordon ou au niveau du placenta.

frontal, c'est quelquefois le placenta
fœtal qui résiste : en particulier le
relevé de l'anus. De même si le
bassin est rétréci au niveau du détroit
inférieur on aura les mêmes difficultés.
Pendant ces manœuvres, l'enfant souffre
de la gêne des mouvements d'inspirations et expirations
du liquide amniotique des membranes. Du
méconium peuvent pénétrer dans les bronches
et des phénomènes d'asphyxie peuvent se
produire.

— Conduite à tenir —

Toutes les fois qu'on constate une proéminence
au siège, prévenir un médecin.

Période d'expulsion — Auscultation avec
grand soin toute les 5 ou 10 minutes. L'enfant
perd le plus souvent son méconium, mais
c'est pas suite. Si la pression exercée au
niveau du siège.

Quand le siège apparaît à l'orifice vaginal
(après la rupture de l'orifice vaginal chloïdique)
on doit mettre la femme dans la position
obstétricale (c. travers du lit) les jambes minimes
tenues par les aides, on place les

(On ne doit pas intervenir pour le dégagement du siège qui doit se faire sous l'influence des contractions utérines de la région ombilicale apparaissant ou s'ajoutant si les manœuvres sont bonnes et on fait passer au cordon. ^{par le plexus antérieur} se dégage la posture normale. Donc si tout est normal, le fœtus ne souffre pas, que les contractions soient continues ou interrompues que pour l'extraction de la tête (par la manœuvre de Marmion) si la rotation est faite on mettra le fœtus à cheval sur le bras et avec l'autre bras de la même main introduit dans les fesses pincera les cuisses et la nuque de la tête. Les doigts de l'autre main seront placés à cheval sur les épaules de l'enfant. Ils ne doivent pas être recouverts en crochet paralyse des membres supérieurs, on fléchit de la clavicule la tête étant bien fléchie, la nuque est en rapport avec le plexus triangulaire. relever le tronc du fœtus vers le haut. De la mère en faisant en même temps des contractions sur le maxillaire inférieur de bas en haut et la tête se dégage. ^{la} Diamètres S. O. M. - S. O. T. S. O. P.

(Ne pas tirer brusquement car on pourrait
déterminer une fracture du maxillaire
ou une lésion de l'os périsse.)

(L'usage des tenons est toujours mauvais.)

Autrefois pour cette période, on donnait
un seigle ergoté, c'est un mauvais procédé
car les contractions utérines déterminées par
le seigle ergoté ne sont pas violentes, mais
persistantes, continues, et la tête se
trouve encore mieux en prisonnée, après
la sortie de l'enfant. L'utérus se ténérise
la délivrance ne peut se faire (il y a
enfermement du placenta et par
suite infection et mort.

(Ne jamais administrer de seigle
- ergoté -

Dans les cas où l'engagement ne se fait
pas, si on a à faire à un siège complet
ou décomplet, mais des douleurs et
des pieds, on devra abaisser un pied, à
préférence, le pied antérieur.

Au moment des contractions on fera des
tractions, assistée par une aide qui
fera en même temps de l'expression

(1) C'est Madame Lachapelle qui a donné le conseil d'introduire le doigt en crochet dans le pli de l'aine et de faire des tractions au moment des contractions pour aider au dégagement du siège.

(2) On peut aussi procéder comme pour le dégagement de sommet, au moyen de la manœuvre de Pöitzgen qui consiste à introduire le doigt dans l'anus pour refouler la fesse postérieure.

Conclusion. Lorsqu'on aura une fracture de la tige de la cuisse, il faut toujours envelopper et chercher un moyen de la fixer et de la maintenir en place.

De même, si le siège est engagé, le déjagement ne se produit pas, on doit délécher le membre inférieur et procéder comme dans le cas précédent.

Dans les cas de siège compliqué, on ne peut pas le plus souvent délécher le membre inf. Si les contractions sont insuffisantes, que le siège soit engagé dans l'excavation et que l'enfant souffre, on doit intervenir.

On a conseillé de faire des tractions en introduisant un crochet ou le doigt dans le pli de l'aîne. Les résultats sont fâcheux car on produit des lésions, déchirures des artères fémorales.

Application de forceps dans les postérieures
Application d'un lac dans les antérieures
On fait une application de forceps dans les antérieures le forceps glisse et on ne peut réussir.

Si on applique un lac dans les postérieures on produit une fracture du fémur.
(Recherche faite par M. Olivier)

Faire des tractions qui au moment d'une contraction, assistée d'une aide qui agit de l'extérieur.

Siège (suite.)

On peut transformer la présentation du siège en présentation du sommet en faisant la version par manœuvres externes.

La version par manœuvres externes est une opération très délicate.

Dans certains cas la version réussit, et on maintient l'enfant à l'aide de tisons et d'un bandage, ou à l'aide d'une ceinture avec sacs à air (la pression exercée par ces sacs forme des eschares) à un moment donné le fœtus fait la culbute et reprend sa position normale. Dans d'autres cas le fœtus peut avorter et se présenter par le sommet.

Des faits publiés et démontrés que la version par manœuvres externes n'était pas sans danger :

Lorsque le cordon est enroulé autour du tronc de l'enfant (circulaires) on peut au moment de décollement du placenta par les tractions faites sur le cordon, de la hémorragie et mort de l'enfant.

Quand le siège décompilé est vu de la face

(1) Après la naissance. L'enfant ne se fait le siège
peut présenter des accidents : fracture du fémur ;
lésions des organes abdominaux par suite de la compres-
sion exercée au niveau de ces organes pendant
l'accouchement ; fracture de l'humérus ; fracture de la
clavicule ; compression du plexus brachial amenant
paralyse du membre supérieur ; 2^e fracture de
maxillaire inférieur ; lésions des plaques buccales
amenant la section des artères carotides et la hémorragie
et mort de l'enfant.

Enfoncement du pariétal postérieur au niveau du
promontoire.

profondément engagé, on ne doit pas briser
la version.

Si la femme est en travail, et si les
membres sont rompus on a donné le coup
d'arrêter la flexion d'un membre inférieur,
on doit avoir recours à cette manœuvre - pour
le siège - on s'appuie - pas, on se les
membres inférieurs ont une tendance à se retenir
sur le plan antérieur du fœtus.

On aurait alors un siège d'éventé, moi.
des fesses qui peut offrir des difficultés.
(Dans ces cas M^r Picard a eu l'idée d'appuyer
au niveau du crâne poplité pour que le
pied tombe dans la main.)

En faisant cette manœuvre on peut causer
une fracture du membre inf^{er} (1)

Mieux vaut s'abstenir et ne pas
intervenir -

« Événement un médecin »

Présentation de l'épaulé

A la fin de la grossesse le fœtus est situé transversalement dans la cavité utérine, si les contractions utérines surviennent le fœtus est poussé vers le détroit supérieur, il y a alors présentation du fœtus à l'entrée du plan latéral gauche.

Comme c'est l'épaulé qui occupe le centre du bassin on dit qu'il y a présentation de l'épaulé droite ou gauche.

Fréquence - Très rare, on présente tous les accouchements à terme et avant terme. 100 fois.

En prévoyant que les accouchements sont rares.

Le point de repère est l'acromion.

Si l'acromion répond à la moitié droite du bassin : position droite, s'il répond à gauche : position gauche. Il n'y a pas de variétés de positions.

Dans la présentation de l'épaulé il y a 3 variétés

Variété acromial : { L'acromion répond au centre du bassin
,, culital : { Le coude répond au centre du bassin
,, brachial : { Le bras descend dans le vagin

Deux autres variétés qui s'observent très
rarement (variétés inclinées)

Variété Dorsale: Lorsque le plan Dorsal
ou latéral est au centre
du bassin.

Variété stomale: Lorsque le plan antérieur
ou inférieur est au centre
du bassin.

Causes

Causes celles qui mettent obstacle à
l'accommodation céphalique peuvent favoriser
la présentation de l'épaule.

Elles tiennent à l'âge et à la mère.

Du côté de
l'enfant

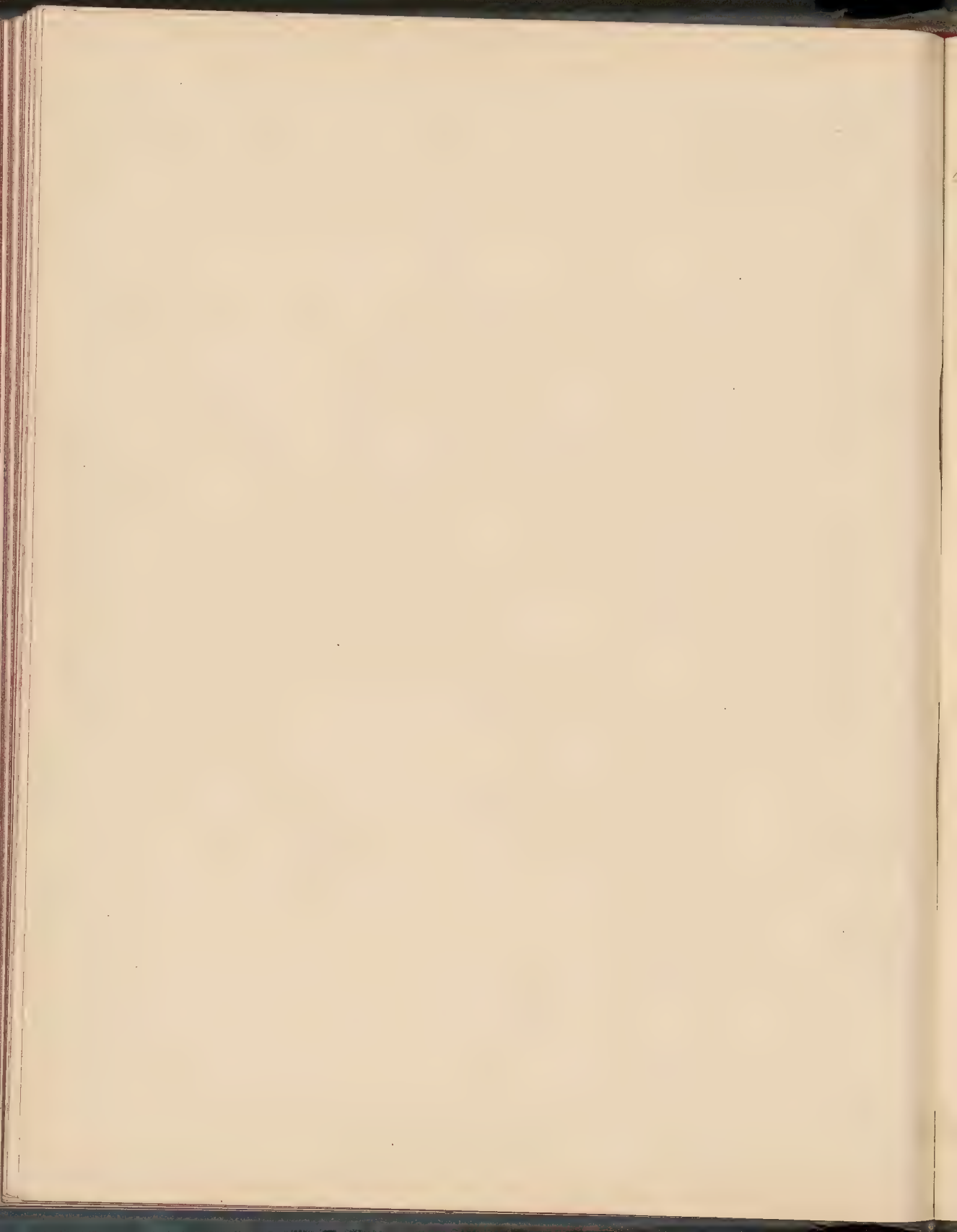
Hydroamnios, la tête petite, crâne large,
placenta praevia, brièveté congénitale ou
acquise du cordon (à éviter).

Du côté de
la mère

Restrictionnement du bassin: la tête glisse dans
la fosse iliaque. Obliquité de l'utérus très
marquée. Multipare: manque de tonicité
des parois utérines et abdominales. Forme
protrusion de l'utérus en avant de sa base
à joindre.

Symptômes

Pendant la grossesse on ne peut pas dire
qu'il y a ^{répétition} présentation de l'épaule, car la tête
~~est~~ ^{est} placée transversalement dans la cavité
utérine et aucune grande région



rapport avec le diaphragme supérieur.

Interrogatoire

On ne constate aucun signe d'engagement pas d'abaissement du ventre, pas de compression du côté des organes du petit bassin; la respiration n'est pas plus facile.

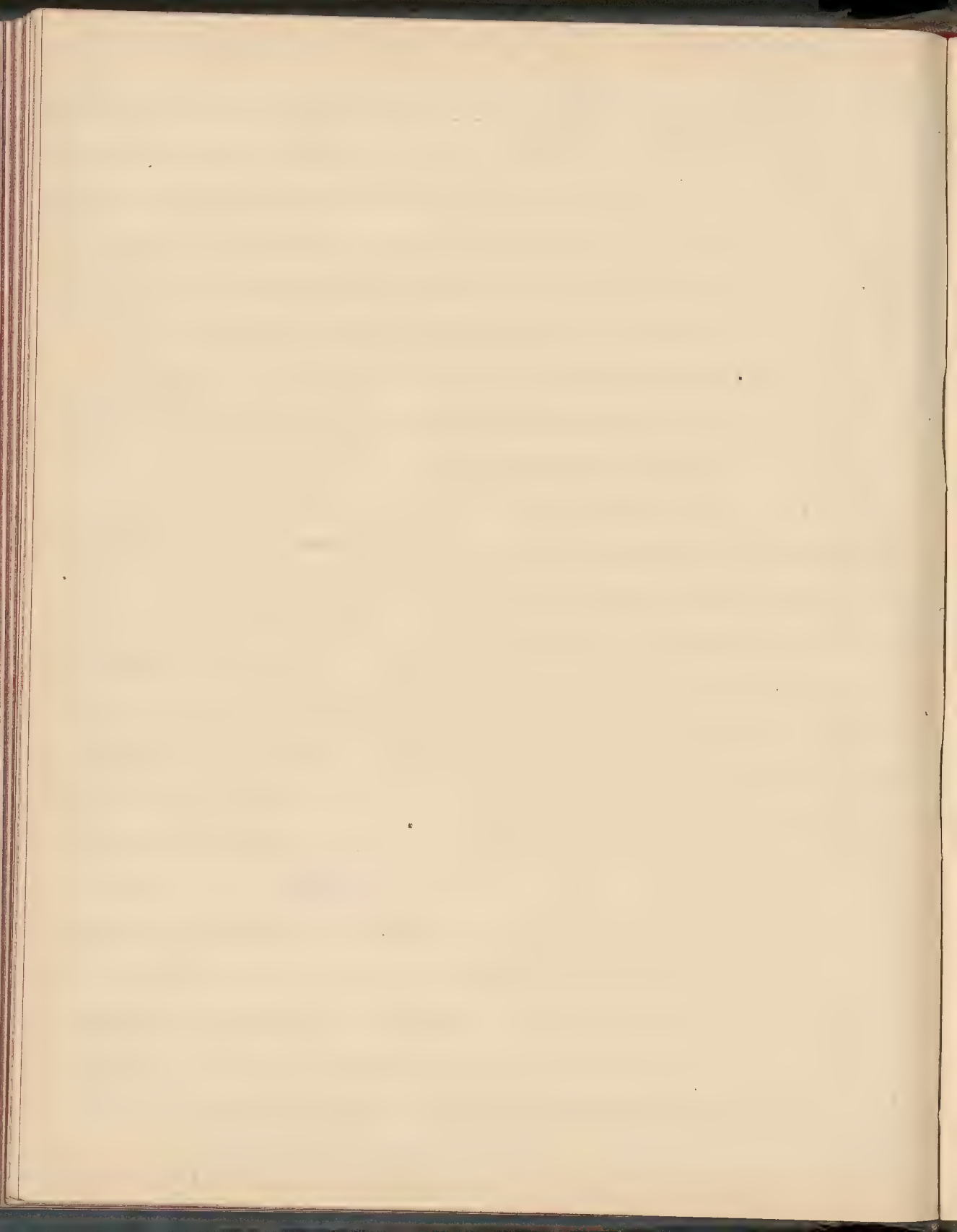
Vue

L'utérus a son grand axe dirigé vers le bas seulement.

Palper

Excavation vide, dans l'une des fosses iliaques on trouve une masse ronde, dure, régulière, présentant tous les caractères de la tête, que l'on peut faire baloter (balottement, cephalopé) vers le flanc. Du côté opposé on arrive sur une masse molle, dépressible, accompagnée de petits membres, c'est le siège; ensuite on devra chercher de quel côté est dirigé le dos, parfois il est directement en rapport avec la paroi abdominale, d'autres fois il y a un peu de liquide d'intervalle. Le plus souvent le dos est en avant, s'il est en arrière les petits membres sont en avant ou dans le liquide.

La situation du dos est importante à connaître au point de vue du nom de l'opération qui se présente, car si on sait où se trouve



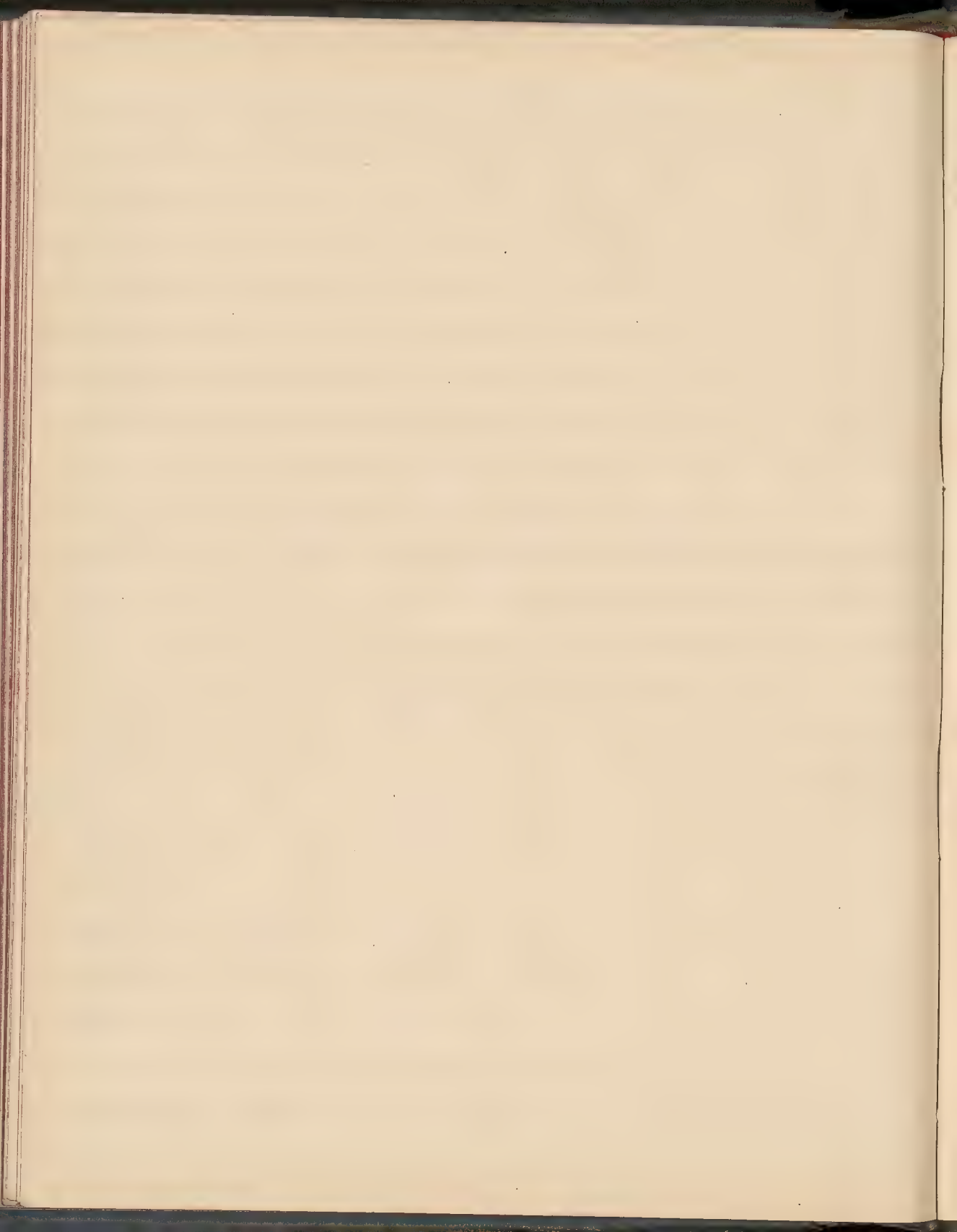
siège et le Dos on aura ainsi non seulement
le nom de l'épaulé... mais encore la position.
Le palper fournit donc des renseignements
précieux.

Auscultation . Ne donne aucun enseignement, contra-
irement à ce que l'on croyait autrefois.
Les anciens auteurs disaient que les bruits
du cœur étaient transmis par la colonne
vertébrale. L'auscultation renseigne pen-
sant la viabilité du fœtus.

Couches . Pendant la grossesse — ~~Ne donne~~ aucun
renseignement. Excavation vide.

Quand une femme est en travail avec une
présentation de l'épaulé, le grand axe de
l'utérus n'est plus transversal, mais
vertical, car sous l'influence des contrac-
tions utérines le siège se relève vers l'hy-
pochondre surtout si les membranes sont
rompues.

Membranes intactes — Evitez de les rompre.
Ne pas faire le diagnostic par le toucher
mais par le palper. Dès qu'on constate une
présentation de l'épaulé, faire coucher la
femme et pratiquer le toucher si possible.



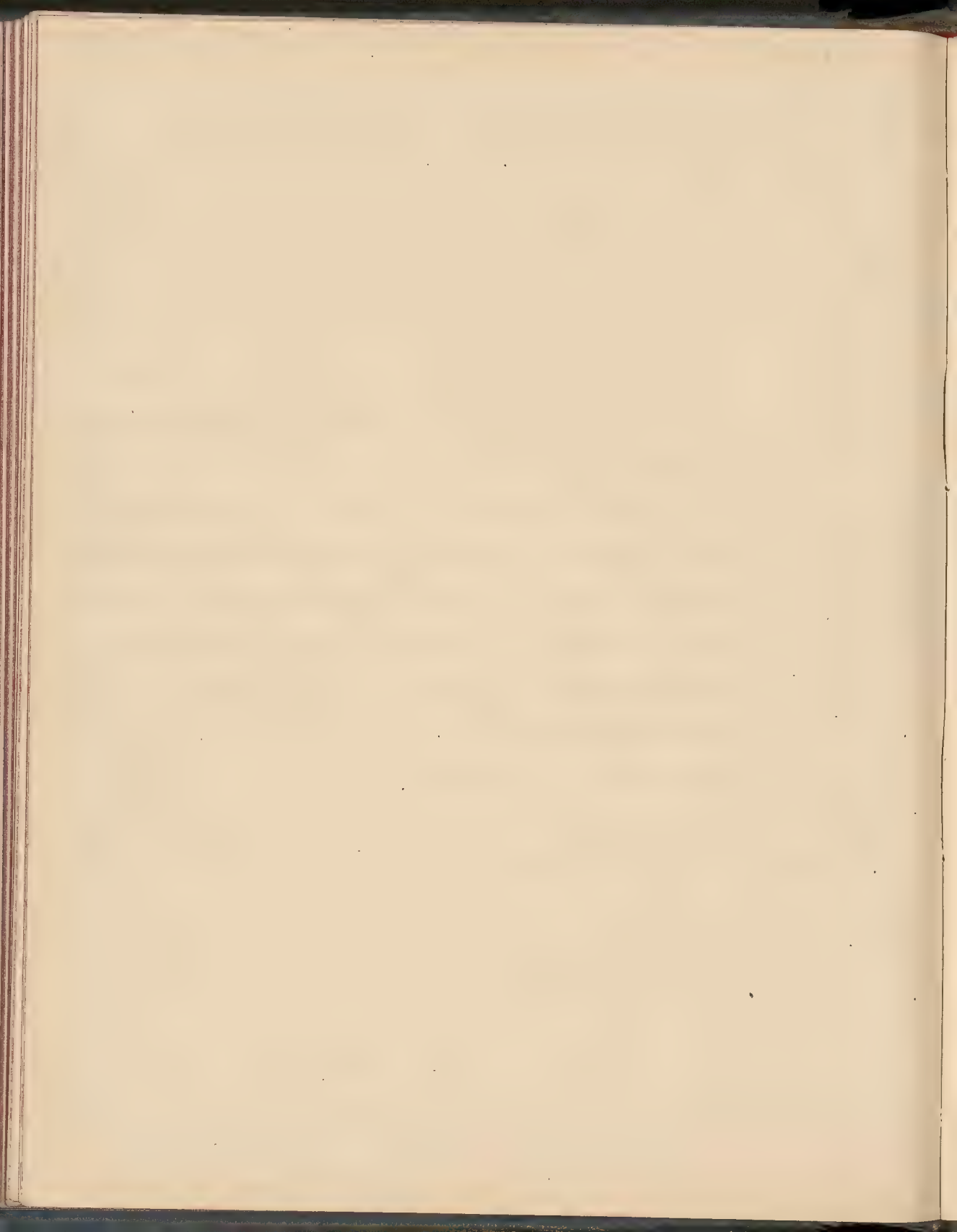
rarement possible, seulement pour le rendre compte de l'état de l'origine.

Membranes rompues - Variété brachiale.

Pratiquant le toucher, le doigt arrive sur un petit membre qui est la main et que l'on peut confondre avec un pied. Les doigts paraissent longs et le pouce est opposé aux autres doigts, cette main se continue directement avec le bras.

Le bras étant ainsi dans le vagin ou l'ovaire au dehors, si le pouce est dirigé du côté de la cuisse droite et la face palmaire en avant c'est la main droite; si au contraire le pouce est dirigé du côté gauche, la face palmaire en avant c'est la main gauche. On peut superposer la main à cette fœtus.

En tirant doucement sur le membre supérieur on pratique le toucher jusqu'à la partie où le bras est adhérent, on arrive ainsi au niveau du crâne. De l'aisselle, si son ouverture est dirigée à droite, l'acromion sera à gauche. Dans une position G. si le dos est en avant à une position antérieure, si il est en arrière.



c'est une *verso-postérieure*.

(On peut amener le bras au dehors sans aucun inconvénient & cela permet 1° de faire le diagnostic 2° Pour l'extraction on pose son lac sur le bras, car celui-ci pourrait se relever pendant la version, on ne commet donc aucune faute.

Variétés cubitale et acromiale. On touche le doigt. arrive sur 2 cylindres superposés: l'un formé par le bras, l'autre plus volumineux formé par le tronc, on arrive sur le plexus costal (signe pathognomique). Pour faire le diagnostic on transforme ces variétés en variété brachiale en défléchissant le bras et en amenant la main au dehors.

Présentation de l'épaule (suite)

On peut confondre la présentation de l'épaule avec d'autres présentations: avec le sommet lorsqu'il existe une tumeur séro-sanguine volumineuse. Avec la présentation de la tête (l'appendice diploïque prise pour le nez.) (Duvillier)

Avec la présentation du siège (variété rare
on trouve sur un sillon que l'on peut
prendre pour le sillon inter-fessier, par
des les apophyses épineuses pouvant faire
croire à la crête sacrée, sur une fosse
sérone sanguine prise pour les fesses, mais on
ne trouve pas le coccyx). Il faut toujours
aller à la recherche du point central (siège
pathognomonique de la présentation d'après)
On peut confondre une variété d'abdominal
avec un sommet (tête volumineuse, hypotro-
phie mais sur l'abdomen on pourra arriver à
l'insertion du cordon. On peut encore confondre
avec le sommet et providence d'un membre
supérieur.

Dans les cas de présentation de l'épaule, l'extrémité
à terme ou presque à terme, l'accouchement
abdominal à lui-même ne se termine pas
que dans de rares cas tout à fait exceptionnels.
Les anciens auteurs avaient remarqué que
dans les cas de présentation de l'épaule
l'accouchement ne se terminait jamais
spontanément.

Delman (accoucheur anglais) disait que les

se contractant poussait le siège vers le
détroit supérieur et par le raccourcissement
se terminait par le siège. Il y avait donc
substitution d'une présentation à une
autre, comme cette version se produit
dans la cavité utérine, on la désigne sous
le nom de version spontanée.

Douglas a dit que la présentation de
l'épaulé pouvait se terminer spontanément
mais par un autre mécanisme que celui
décrit par Delman.

L'épaulé au lieu de quitter le détroit
supérieur au contraire, s'y fixait sous
l'influence des contractions utérines on voyait
alors le fœtus faire bombes le fœtus
puis apparaître, l'épaulé distait toujours
sous la symphyse pubienne ou au-dessous
moment l'épaulé ne s'éloignait, éloigné, le
siège sortait ensuite. Il y avait donc
évolution spontanée.

Delman en invoque la possibilité de
l'accouchement spontané. Dans les cas de présen-
tations de l'épaulé par version spontanée
prodigue, le siège se mettant en rapport
avec le détroit supérieur.

Welpeau (accoucheur français) dans son cas
 présentation de l'enfant ayant abandonné
 l'accouchement à lui-même a vu
 un cas spontané de version que le fœtus
 se dirige en entraînant le placenta et le
 cordon. Depuis le moment qui viendrait à
 fixer au niveau du détroit supérieur.

Delman } Version podalique.
 Welpeau } Version céphalique.
 Douglas } Evolution spontanée.

Mais on ne devra jamais confondre la
 la version spontanée.

L'évolution spontanée a été bien
 décrite par Don P. Kebley :

Le mécanisme est le même que pour
 pour les autres présentations et comprend :

1° l'engorgement :

1° temps : Rotation en 1.

2° temps : Engagement et part fait.
 3° temps : La tête se dirige vers le
 détroit inférieur, mais la
 descente est limitée, la tête s'élève
 et se dirige vers le haut.

3° temps : Rotation interne qui ramène
 la tête vers le haut.

- (1) The
... ..
(2) The
... ..

4^e temps: Dégagement du fœtus & des
membres, en traction utérine
le fœtus se fait enlever & les
appartient à la mère & l'enfant
roulant.

1^{re} Les 2^{es} Rotation du fœtus & de la tête
2^e temps: Dégagement de la tête
Lors l'accouchement peut se faire, mais
si les contractions utérines et l'effort de la
poussée, ne suffisent pas, on recourt à la
force: Grand bassin, fœtus petit, sans force,
mort et macéré.

Union, l'accouchement aboutissant à l'union
et dehors de ces conditions mène la mort
de l'enfant & de la mère. On s'efforce
d'engager le fœtus & de le faire
sortir par la tête & le fœtus se présente
à la naissance & le fœtus meurt.
L'enfant meurt par suffocation ou suite
d'asphyxie, empoisonnement (1)
le plus souvent elle meurt d'une
hémorragie utérine (2)
Le fœtus meurt par asphyxie pendant
l'opération & l'enfant meurt.

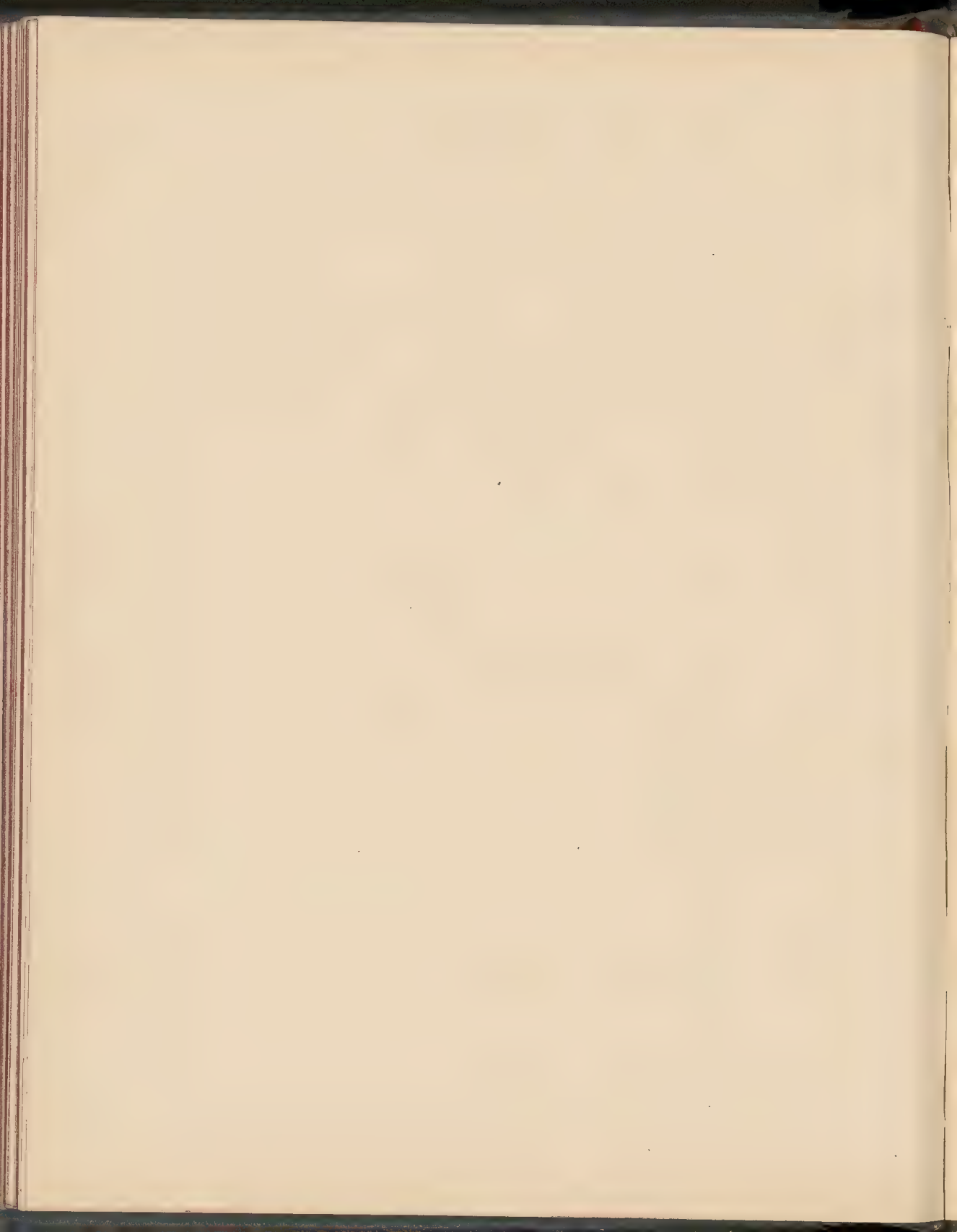
d'arriverait immédiatement, en tout ou en
partie, au point de la tête. Le tissu utérin
se dilate, l'ovaire se baisse, et le ligament
large se détache de l'utérus à son point
d'insertion, sans la cavité abdominale.
Quand le travail dure depuis un certain
temps, le utérus se contracte fortement sur
le fœtus, la pression s'élève, et le fœtus
est considérablement comprimé. Le canal
se ferme, par le ligament large.

— Conduite à tenir —

Pendant les fois que la femme se presse, elle
doit respirer librement, sans s'arrêter.
Pendant le passage en elle, la femme
fait manœuvres internes, par son alphabet ou
physique.

Si la femme est en travail, on peut se
baisser, en position de travail, ou
les manœuvres sont interdites, et on
rompre.

Membranes intactes. Il est bon de
essayer la version par manœuvres externes avec
de grands instruments, ou avec un forceps
médical, pour faire le travail.



Jusqu'à la dilatation complète.

Membres internes - si les membranes se sont rompues prématurément, le liquide amniotique s'écoule et l'utérus s'applique sur le fœtus; si la dilatation n'est pas très avancée, il n'est pas rare de voir le col se reformer, on peut alors le dilater à la main.

Sous l'influence des contractions utérines le périnée s'étire. On peut en profiter pour agir sur la circulation et modifier le développement du fœtus, l'effacement, la position, etc.

Dès que la femme est dans les douleurs, faire la garde couche.

Si les membranes se sont rompues prématurément, si le liquide a coulé, le médecin appelé pour le fœtus doit se rendre compte de la dilatation complète.

Si l'enfant est vivant, les membranes se rompent à dilatation complète, s'il y a encore du liquide, évacuer de façon à la version par manœuvres externes, si on échoue, attendre que la dilatation soit

complète sans intervenir et faire la vie si
pas nécessaire intervenir. On peut aussi
faire des amputations mais on ne les fait
pas pendant l'épidémie. On se débarrasse
de l'effluve par dilution. On peut aussi
dans ce dernier cas l'effluve ne peut pas
être évacuée pendant l'épidémie. On ne
peut en outre des difficultés insurmontables.
On ne peut jamais intervenir
avant la dilution complète.

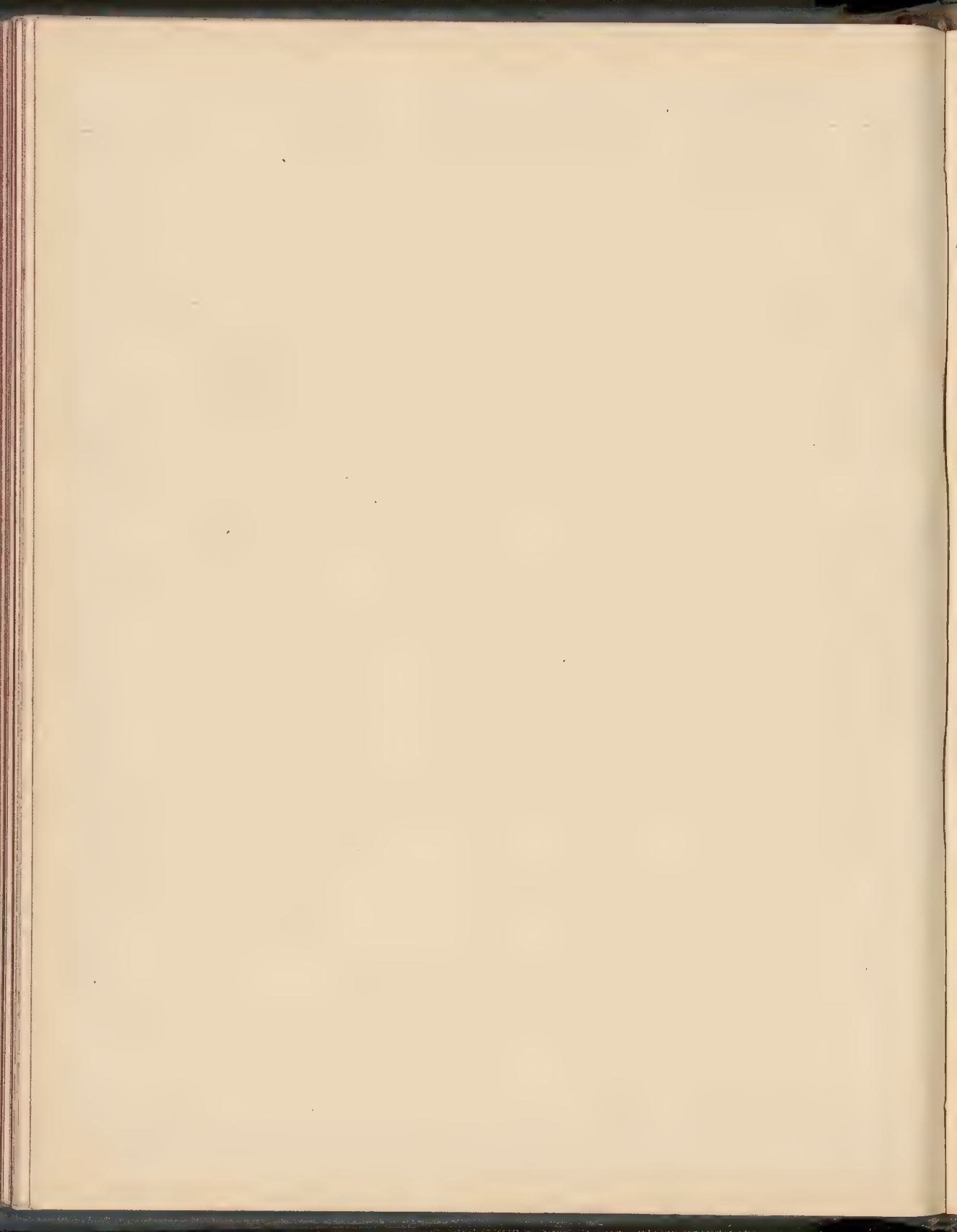
Grosveau multiple

Le grosveau multiple se trouve la première
fois en 1840. On en a vu en 1841.
On en a vu en 1842. On en a vu en 1843.
On en a vu en 1844.

En France 1 en 97.
En Hollande 1 en 64.
En Russie 1 en 81.

C'est un héritage. Dans certains pays on
hérite de la peste si on fait la vie.
Quand la peste est présente, l'héritage est
peut-être la peste.

Mr. Gordon Report a specimen in 1860 from Nevada
 and - fishes and was not a good specimen.



mais entre les 2 maximums on entend
de l'air on entend absolument rien. Mais
que dans le cas précédent on entend
bruits du cœur, ils seront plus ou moins

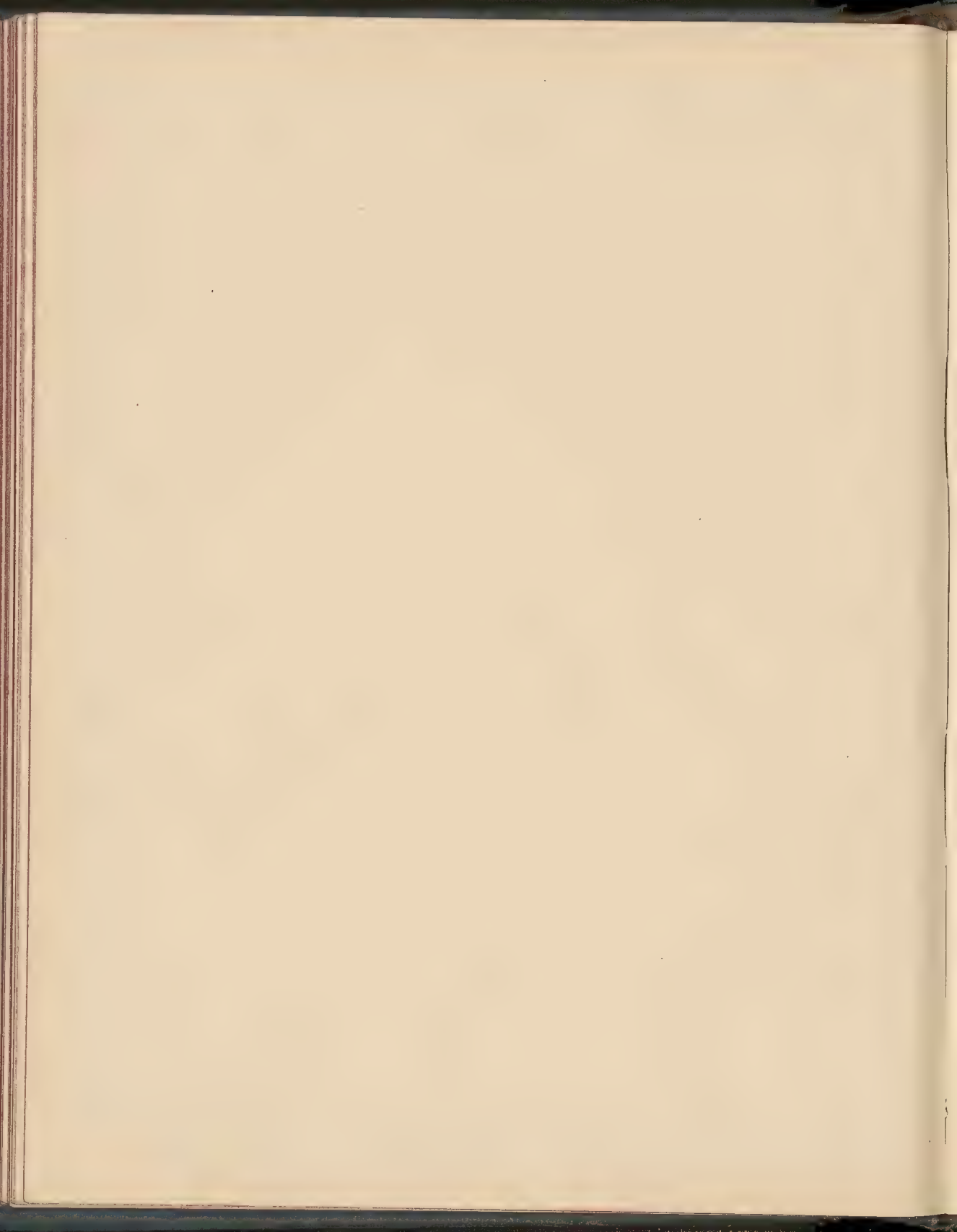
Toucher Doche. Des caues douces, on se constatera rare-
ment. Le toucher combiné au palper
permets de faire le diagnostic de grossesse
gémellaire, car au palper on peut
constater une partie fœtale mobile au
étroit supérieur et au toucher une autre
partie fœtale profondément engagée.

— Situation des fœtus —

Ils sont placés le plus habituellement,
l'un à côté de l'autre, obliquement ou
longitudinalement. Dans quelques cas ils
sont placés l'un au-dessus de l'autre.
L'un occupe la moitié inférieure et l'autre
la moitié supérieure et placés soit longitu-
dinalement ou transversalement. Ils peuvent
encore être placés l'un au devant de l'autre.

— Signes différentiels —

Les anciens auteurs disaient que quand
les fœtus étaient placés l'un à côté de l'autre
il existait un sillon entre les deux.



Palper - On constate la présence de deux fœtus.
Auscultation - Pour le fœtus engagé maximum fœtus
bas, et le haut pour celui qui ne sera pas
engagé. On pourra les entendre à la fois
au même niveau si les 2 fœtus ne sont
pas engagés.

Concher Poche des os sac Double, en examinant
l'arrière-faix on devra avoir 2 ouvertures
séparées par une cloison, mais généralement
la cloison est déchirée et ce n'est que dans
la profondeur qu'on constate 2 ouvertures.
Quand les fœtus sont placés T: l'un
longitudinalement, l'autre transversale-
ment au dessus du premier, d'un côté
on aura le siège, du côté opposé, la tête
si on fait balottes ce fœtus en le déplaçant
dans sa totalité, une aide pratiquant le bouché
remarquera que l'autre fœtus ne change pas
de place.

Auscultation Deux maximums, un vers le bassin
l'autre plus élevé, au dessus de l'ombilic.
Examen de l'arrière-faix - Une seule
ouverture, mais si on examine dans la
profondeur on remarque que la cloison sépare.

les deux ains est percée d'un orifice qui a livré passage au second fœtus qui passa ensuite dans la poche du premier fœtus. Enfin il existe une 3^e variété qui est de beaucoup la plus rare, c'est lorsque les deux fœtus sont placés l'un au devant de l'autre, on arrive que très difficilement sur le second, en outre on ne trouve qu'un maximum, on ne fait pas le diagnostic de grossesse gémellaire.

Cependant quelques accoucheurs ont pu faire le diagnostic: Monsieur Reibemont, et d'autres accoucheurs étrangers ont également fait le diagnostic en combinant le palper et le toucher, au palper: partie fœtale qui surplombe la symphyse pubienne; au toucher, une autre partie fœtale profondément engagée.

Diagnostic

Il est parfois difficile pendant la grossesse parceque dans certains cas les fœtus sont l'un au devant de l'autre, ou quand l'un des fœtus a son dos très en arrière en G. P. on entend qu'un maximum des B.D.C. Dans les S. P. D. P. on entend par B. D. C.

où alors ils sont transmis par le foie:
« plan latéral droit. »

On pourra penser à une grossesse double quand une femme aura perdu de l'eau en assez grande quantité et que par la palpation on trouvera encore du liquide au fond de l'utérus. On pourra encore songer à une grossesse gemellaire quand il y a procidence, le cordon n'est pas animé de battements et à l'auscultation on entend des B. D. C. Dans d'autres cas il y a un fœtus mort et macéré, le liquide s'écoule rosé, et cependant les B. D. C. sont perçus. Dans d'autres cas on a 3 membres inférieurs dans le vagin, sans aucun doute il y a grossesse gemellaire.

On peut croire à une grossesse double alors qu'elle est simple, quand le fœtus est très roide, l'épaule peut être prise pour une 3^e partie fœtale.

Hydroamnios — La femme sent remuer partout, beaucoup de liquide, les petits membres ne sont pas nombreux comme dans la grossesse gemellaire.

Fibrômes et Kyste de l'ovaire, accolés à l'utérus.
Lorsque l'utérus se contracte le fibrôme
peut durcir mais le kyste ne durcit pas.

Palpation

On ne trouve pas de petits os.
Il est des cas plus difficile, c'est lorsque il
y a grossesse gemellaire avec hydroamnios
d'un des œufs; les fœtus étant petits on
ne sait pas si la partie fœtale constatée
au fond de l'utérus appartient au même
fœtus. Combien palper et toucher et
imprimer des mouvements à la partie
fœtale située au fond de l'utérus, ces
mouvements ne seront pas transmis à la
partie fœtale engagée.

Casparon qui a longtemps nié l'importance
de l'auscultation dans les cas de
grossesse double. disait qu'on ne faisait le
diagnostic qu'après l'accouchement du 1^{er} fœtus.
D'autres ont dit qu'il y a grossesse
gemellaire quand un fœtus a été expulsé et
que l'utérus reste volumineux par suite
de la présence d'un fibrôme ou d'un kyste
de l'ovaire. Il faut chercher les signes de
certitude de la grossesse.

Quand on doute, qu'il y a grossesse gémellaire il ne faut pas se prononcer, si on a des signes de certitude on peut avertir la famille. Dans ce cas l'accouchement est souvent prématuré.

Les enfants se présentent tous les deux), le plus souvent pas le sommet; ensuite, un sommet et un siège - un siège et un sommet - 2 sièges - un siège et une épaule - une épaule et un siège.

Il est des cas où les 2 fœtus se présentent pas le sommet; le 1^{er} étant expulsé, le second bascule et c'est le siège, qui vient se mettre en rapport avec le détroit sup.
Il y a donc 2 accouchements successifs, le 1^{er} est généralement long, le travail est prolongé, l'utérus ayant été surdistendu se contracte mal. Le 2^{me} est moins long, il se fait plus facilement tout, ayant été dilaté. Le plus souvent le second accouchement se fait $\frac{3}{4}$ d'heure après le 1^{er}, l'utérus semble se reposer. Il faut mettre deux ligatures sur le cordon, la circulation pouvant être commune pour les 2 fœtus.

Les enfants sont généralement du même sexe
cependant, dans le $\frac{1}{3}$ des cas ils sont de sexes
différents:

L'aîné des jumeaux est celui qui naît,
le premier.

L'intervalle entre les deux accouchements
peut être de plusieurs heures, de plusieurs
jours et même de plusieurs mois (superfétation).

Superfétation Naissance d'enfants dont l'un est
beaucoup plus volumineux que l'autre.

Observations: Femme Vivier (Strasbourg) accouche le 31
d'un enfant vivant; la grossesse continue
et 4 m. $\frac{1}{2}$ après elle accouche d'un second
enfant vivant, le 16 septembre - il y avait donc
eu superfétation.

Un autre fait a été constaté à Lyon.

Un autre en Italie dans des conditions ana-
logues, mais dans ce dernier cas il y avait un
utérus double - (Morte à 72 ans constatée à l'autopsie).
Dans les cas d'utérus simple il peut y
avoir superfétation.

et si l'on veut en faire la démonstration
il faut que l'on se rappelle que l'on a vu
des jumeaux naître à 12 ans d'intervalle.

Voins à donner à la femme

— pendant l'accouchement —

Si on est appelée auprès d'une femme en travail on peut se trouver en présence d'une cliente qu'on a suivie pendant la grossesse ou au contraire en face d'une personne inconnue, que l'on voit pour la première fois.

Dans ce ~~premier~~ cas la sage-femme devra procéder à un examen attentif et complet. elle interrogera la femme avec beaucoup de discrétion, elle aura recours au palper à l'auscultation et pratiquera les touches avec beaucoup de douceur.

Elle recherchera successivement si la femme est enceinte, si elle est à terme et si elle est en travail: contractions utérines, douleurs lombaires, sortie des glaires, effacement plus ou moins complet du col.

Elle s'assurera également que l'enfant est vivant et fera le diagnostic de la présentation, position et variété de position, de l'intégrité ou de la rupture des

Si l'il s'agit au contraire d'une cliente qui elle aura suivie pendant la grossesse, l'examen sera plus rapidement fait, mais il devra également être complet.

Si la femme est en travail elle peut se trouver à terme ou avant terme.

Lorsqu'elle est avant terme et l'enfant vivant, il faut s'efforcer d'arrêter les contractions utérines; pour cela, la mettre au repos absolu, (au lit), lui administrer du laudanum en lavement, on ne laissera agir les contractions utérines que si on avait constaté la mort du produit de conception.

Si la femme paraît être à terme il faut tout préparer pour l'accouchement.
Préparatifs - Pour la mère, l'enfant et la sage femme elle-même.

Mère:

La sage-femme devra commencer par lui mettre les cheveux, afin qu'elle puisse rester un certain temps sans qu'on aie à s'occuper de sa chevelure. Grand lavement pour vider l'intestin afin d'éviter l'expulsion des matières fécales au moment de la sortie du fœtus. S'assurer si la

Sage-femme : Cuvettes, eau chaude, eau froide,
elle devra pratiquer l'antisepsie, avoir
toujours de l'eau chaude pour se laver
les mains et les vases dont elle fera
usage, l'eau bouillie sera très utile
dans les cas d'hémorragie, à défaut d'eau
bouillie on peut prendre de l'eau ordi-
naire dans laquelle on mettra du sublimé.
Elle sera d'une grande propriété pour
faire les accouchements car les germes septiques
introduits dans les organes génitaux, peuvent
déterminer des accidents très graves, infection,
suite de couches pathologiques.

Il faut se laver les mains avec de l'eau
chaude, ou les désinfecter
ensuite dans des liquides antiseptiques
pour détruire les microbes.

Le sublimé est le meilleur antiseptique.
c'est une petite poudre blanche extrêmement
puissante, mise dans l'eau, dissoute, il
détruit les germes avec une très grande
rapidité.

Les Sage-femmes sont autorisées à pres-
crire des paquets de sublimé ainsi composés.

Sublimé corrosif	{	25 centigrammes
Acide tartrique		1 grs.
carmin d'indigo	{	1 goutte
teinture alcoolique à 1/100		

Sur les paquets le pharmacien devra toujours écrire: sublimé corrosif 25 centig.
 et au dessous: Poison; dans d'autres pays il y a sur l'étiquette rouge, une tête de mort et 2 serpents croisés au dessous.

C'est une substance très antiseptique et très bon marché. C'est un frotteur très énergique, ayant un goût désagréable. Enfin évitez les accidents en embûche la matière colorante (ou carmin d'indigo.)

L'eau dissout le sublimé que quand on est paré s'en servir.

Avec le sublimé on devra nettoyer; baignoirs, cuvettes et instruments; cependant il y a des instruments en métal qui s'altèrent dans le sublimé, alors on les plonge dans l'eau bouillante, les laisse bouillir pendant 1/4 d'heure 20 minutes.

Outre ces paquets de sublimé, on pourra prescrire un corps gras; ...

fait usage est le ~~baseline~~ au sublimé
à 1/1000, 30 grs. Pour pratiquer le toucher
on ne devra pas essuyer les mains.

La sage-femme devra porter des vêtements
clairs, de toile de préférence plus facile à
lessiver. Les vêtements devront être le
plus simple possible.

- Conduite à tenir pendant l'accouchement :-
Faire la toilette vulvaire : avec une lotion
sublimée, du savon, nettoyer avec le plus
grand soin les grandes et les petites lèvres, la
"partie inférieure" de l'abdomen, la face
interne des cuisses, faire la toilette avec
ciseaux, infection vaginale. On devra aussi
laver les mains des femmes. Les précautions
étant prises on surveillera le travail, on se
rendra compte du degré d'intensité et de la
fréquence des douleurs. S'il s'agit d'une
multipare, le travail marchant vite, ne pas
s'abstenir, si au contraire il s'agit d'une
primipare ; présentation du sommet, poche
des eaux, plate, lui permettre de se lever
de marches ; si c'est une présentation
vicieuse, poche des eaux viciées.

la faire coucher même au début du travail
afin d'éviter la rupture prématurée des membranes.
La femme devra avoir près d'elle qu'une ou
deux personnes de la famille. Il faut encon-
rager les femmes, les rassurer, ne pas raconter
d'histoires d'accouchements difficiles afin de ne pas
les effrayer. Être vis-à-vis des clientes d'une très
grande douceur.

Si le bassin est normal, que tout marche
normalement, attendre la dilatation complète
pour rompre les membranes si elles ne sont
pas rompues.

Anna L. Lumbis

A. Moore

